

Piano triennale di prevenzione della corruzione

2018 - 2020

(Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, articolo 1, commi 8 e 9 della Legge 6.11.2012 n. 190)

Sommario

1. Introduzione	5
2. Obiettivi del PTPCT	5
3. Il concetto di corruzione all'interno del PTPCT	6
4. Natura, Mission, vision e organizzazione	6
5. Analisi del contesto esterno.....	9
6. Analisi del contesto interno.....	11
7. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT).....	13
8. I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.....	14
9. Altri soggetti che partecipano alla strategia della Prevenzione della Corruzione.....	15
10. Oggetto e finalità del PTPC	15
11. Destinatari del PTPC	16
12. L'aggiornamento 2016 (delibera ANAC n. 831/2016)	16
13. Il Titolare del potere sostitutivo	18
14. La Gestione del rischio	19
15. Mappatura dei processi.....	19
16. Valutazione e mappatura del rischio	20
17. Indicazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, "aree di rischio"	20
18. Metodologia utilizzata per effettuare la valutazione del rischio	21
• L'Identificazione del rischio.....	21
• L'analisi del rischio	21
• Stima del valore della probabilità che il rischio si concretizzi	21
• Stima del valore dell'impatto	22
• La ponderazione del rischio.....	22
19. Il trattamento.....	22
• Area A gestione del personale.....	24
• Area B affidamento lavori servizi forniture.....	25
• Area C gestione ordinaria delle entrate e delle spese di bilancio.....	28
• Area D procedure della direzione sanitaria.....	36

• Area E provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario.....	38
• Area F procedure del centro attività formative	38
• Area G procedure della direzione scientifica	39
20. Precisazioni sulle procedure di acquisizione beni e servizi	45
21. Attori interni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano, nonché canali e strumenti di partecipazione	45
22. Individuazione degli attori esterni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione	45
23. Indicazione di canali, strumenti e iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano	46
24. Misure di prevenzione.....	46
25. Misure di prevenzione obbligatorie	46
• Adempimenti in materia di trasparenza.....	46
• Codice di comportamento aziendale.....	46
• Rotazione del Personale.....	47
26. Conflitto di interesse	49
27. Il conflitto di interessi nel settore degli appalti pubblici.....	50
28. Commissioni di gara	51
29. La dichiarazione relativa al conflitto di interesse	51
30. Contenuti della dichiarazione	52
31. Strumenti di controllo delle dichiarazioni.....	52
32. Raccolta e conservazione delle dichiarazioni	52
33. Procedura per la gestione del conflitto di interesse.....	52
34. Inconferibilità-incompatibilità incarichi dirigenziali	53
35. Astensione in caso di conflitto di interesse.....	54
36. Attività successive alla cessazione dal servizio	54
37. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	55
38. Tutela del whistleblower.....	56
39. Formazione del personale	59
40. Rapporto con la società civile	60
41. Monitoraggio dei tempi procedurali.....	60
42. Monitoraggio rapporti amministrazione/soggetti esterni	61
43. Informatizzazione dei processi.....	61
44. Controllo sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio	62

45. Misure di prevenzione ulteriori di carattere specifico	62
46. Attività di monitoraggio ulteriori	62
47. Adozione, entrata in vigore, pubblicità ed aggiornamento del PTPC	62

Sezione 2^ Programma triennale per la trasparenza e l'integrità

1. Introduzione: Organizzazione e funzioni dell'Amministrazione.....	65
2. Obiettivi strategici in materia di trasparenza	67
3. Collegamento con il Piano della performance	68
4. Indicazione degli uffici e dei dirigenti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del programma	69
5. Le modalità di coinvolgimento degli stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento	70
6. I termini e le modalità di adozione del programma da parte degli organi di vertice	70
7. Iniziative di comunicazione della trasparenza	71
8. Le iniziative di comunicazione per la diffusione dei contenuti del programma e dei dati pubblicati.	71
9. Processo di attuazione del programma.....	71
9.1 Individuazione dei dirigenti responsabili della produzione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati.....	71
9.2 Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi	72
9.3 Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza	73
9.4 Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "amministrazione trasparente"	74
9.5 Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico	74
10. Dati ulteriori.....	75

Allegato 1 Misure di prevenzione obbligatorie

Allegato 2 Misure di prevenzione ulteriori

Allegato 3 Scheda di relazione illustrativa delle attività di Prevenzione della Corruzione

Allegato 4 Richiesta di astensione

Allegato 5 Decisione alla richiesta di astensione

Allegato 6 Schema dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

Allegato 7 Schema di procedura proposta per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite
all'interno dell'Amministrazione

Allegato 8 Elenco degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza (determinazione ANAC n.
6/2015)

1. Introduzione

Sulla Gazzetta Ufficiale numero 265 del 13 novembre 2012 è stata pubblicata la legge 6 novembre 2012 n. 190.

La legge 190/2012, anche nota come “*legge anticorruzione*”, reca le *disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*.

La legge è entrata in vigore il 28 novembre 2012.

L’art. 19, comma 15, del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 «*Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari*» ha trasferito all’Autorità nazionale anticorruzione le funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di prevenzione della corruzione, di cui all’articolo 1 della legge 6 novembre 2012 n. 190 recante «*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*».

La “legge anticorruzione” è stata poi modificata dal D.Lgs. 25-5-2016 n. 97 “*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*”.

Le principali novità del d.lgs. 97/2016 riguardano il definitivo chiarimento sulla natura, sui contenuti e sul procedimento di approvazione del PNA e, in materia di trasparenza, la definitiva delimitazione dell’ambito soggettivo di applicazione della disciplina, la revisione degli obblighi di pubblicazione nei siti delle pubbliche amministrazioni unitamente al nuovo diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria.

La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016. La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l’incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell’incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

In data 04.08.2016 l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato in via definitiva il Piano Nazionale Anticorruzione 2016.

Con Delibera n. 1208 in data 22.11.2017 l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato l’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione.

2. Obiettivi del PTPCT

In conformità a quanto indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione, il Piano Triennale deve prevedere i seguenti elementi indefettibili:

- obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione
- individuazione referenti della trasparenza e della prevenzione della corruzione
- aree e processi esposti al rischio di corruzione (aree di rischio)
- metodologia utilizzata per effettuare la valutazione del rischio
- misure di prevenzione utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi

- misure per l'attuazione delle disposizioni in materia di incompatibilità/inconferibilità degli incarichi dirigenziali
- riferimento al codice di comportamento, del quale è prevista una ridefinizione nell'anno 2017, con integrazioni e specificità rispetto a quello nazionale approvato con D.P.R. 62/2013 e indicazione dei meccanismi di denuncia delle violazioni del codice di comportamento
- misure per la tutela del dipendente che segnala condotte illecite (cd whistleblowing)
- misure per la rotazione del personale addetto alle aree a rischio
- attività di formazione destinate al personale
- piano della trasparenza
- misure organizzative per dare attuazione effettiva agli obblighi di trasparenza

3. Il concetto di corruzione all'interno del PTPCT

Il Piano Nazionale Anticorruzione ha confermato la definizione del concetto di "corruzione" non solo più ampio dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "*maladministration*", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

4. Natura, mission, vision e organizzazione

Il CRO è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per il tema ONCOLOGIA e si caratterizza come centro di ricerca sanitaria traslazionale e ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale nel settore oncologico. Persegue quindi, secondo standard d'eccellenza, finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze, unitamente a prestazioni di sanitarie di alto livello. Le norme attribuiscono altresì all'IRCCS CRO compiti di alta formazione specifica.

I **principi** ai quali si ispira l'Istituto nell'attività di ricerca e di erogazione di prestazioni assistenziali sono:

- la valorizzazione ed il rispetto dei contenuti dei Codici Deontologici delle professioni sanitarie;
- la garanzia dell'equità e dell'universalità dell'accesso;
- il rispetto della libertà delle scelte informate, consapevoli e responsabili nonché dei diritti individuali del cittadino;
- la tutela della qualità della vita umana nelle sue diverse fasi;
- il rispetto delle pari opportunità nella selezione, valorizzazione e sviluppo professionale delle risorse umane;
- la responsabilità gestionale e clinica nei confronti dell'offerta dei servizi sanitari alla comunità;

- la finalizzazione prioritaria delle attività di ricerca alle conoscenze per il miglioramento delle attività di prevenzione, diagnosi e cura in ambito oncologico anche in relazione alle caratteristiche individuali, genetiche e cliniche dei pazienti, all'influenza degli ambienti di vita e di lavoro e a pregresse condizioni patologiche predisponenti;
- la dichiarazione di Helsinki (1964 e ss.mm.) riguardo ai principi etici della ricerca medica applicata agli esseri umani;
- la Convenzione di Oviedo (04/04/1997) per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina;
- le Linee guida dell'Unione Europea di buona pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche;
- le normative italiane inerenti i Comitati Etici e la Sperimentazione Clinica;
- le Carte dei Diritti e dei Doveri del Malato Oncologico;
- il rispetto delle norme sulla riservatezza di cui alla D.Lgs. 196/2003.

Il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano inoltre promuove:

- la lealtà di tutti i membri dell'organizzazione verso la mission, i principi e gli obiettivi dell'Istituto e la collaborazione tra i diversi professionisti per fornire il miglior servizio al cittadino;
- la capacità dell'organizzazione di orientare modelli operativi focalizzati ai reali bisogni di salute del cittadino;
- l'assunzione di responsabilità e l'autonomia della dirigenza e dei vari livelli operativi, al fine di valorizzare tutte le competenze e le risorse professionali disponibili per le finalità scientifiche, clinico-assistenziali e formative dell'Istituto;
- lo sviluppo professionale e personale dei dipendenti anche attraverso iniziative di formazione continua, per poter sapere, comunicare ed agire con appropriatezza, efficacia e competenza;
- modelli di miglioramento continuo della qualità che tendono all'eccellenza per implementare le conoscenze, l'utilizzo della tecnologia e l'integrazione dei sistemi sanitari in coerenza con l'evoluzione dei bisogni e delle aspettative dei portatori di interesse;
- la trasparenza e l'imparzialità nell'attività amministrativa, in quella clinica e di ricerca;
- la valutazione e il costante monitoraggio dell'impatto ambientale delle strutture e delle attività, la compatibilità e sostenibilità ambientale di nuove progettazioni ed attività nonché iniziative di educazione alla tutela ambientale.

Il CRO regola la propria attività tenendo conto:

- dei valori e delle priorità nella ricerca e innovazione biomedica e sanitaria così come definite dai piani regionali, nazionali, della Comunità Europea, dell'OMS, delle Società Scientifiche e della letteratura internazionale;
- della domanda di prestazioni sanitarie valutata secondo i criteri di appropriatezza e di priorità clinica, al fine di assicurare anche la massima tempestività dell'offerta, integrata nelle reti e nei contesti territoriali;
- della necessità di assicurare ottimale fruizione dei servizi per mezzo di un'adeguata ampia informazione sull'organizzazione e le modalità di accesso;
- dell'EBM (Evidence Based Medicine) nella pratica clinica;
- dell'EBN (Evidence Based Nursing) nella pratica assistenziale;
- dell'EBHC (Evidence Based Health Care) nell'erogazione dei servizi;
- dell'Health Technology Assessment;

- dei principi delle reti HPH (Health Promoting Hospital) relativamente all'empowerment dei cittadini e dei professionisti e degli operatori sanitari;
- dei sistemi di valutazione dell'efficienza comparativa, costo-efficacia e rischio-beneficio;
- della qualità percepita interna ed esterna;
- di necessità formative correlate con le prospettive programmatiche e di sviluppo dell'Istituto;
- del rispetto dei diritti dei lavoratori, attraverso l'osservanza della normativa vigente, dei dettami contrattuali e di una corretta gestione delle relazioni sindacali promuovendone altresì l'informazione e la partecipazione;
- della centralità del cittadino-utente, dell'umanizzazione e della sicurezza dei processi assistenziali;
- della riduzione dei rischi e della promozione della sicurezza e salute dei lavoratori.

Il CRO è impegnato a:

- programmare e condurre attività innovative nell'ottica della ricerca traslazionale;
- sperimentare e verificare forme innovative di gestione e di organizzazione in campo oncologico, anche tenendo conto delle variazioni demografiche, generali ed individuali della popolazione, valorizzando l'approccio multiprofessionale e multidisciplinare;
- promuovere la personalizzazione delle cure del malato oncologico considerando caratteristiche e variabili genetiche e/o di coesistenza di pluripatologie anche al fine di adeguare e promuovere l'individualizzazione dell'uso e promuovere offerta specifica di farmaci, terapie e tecnologie;
- incrementare la ricerca attraverso la valorizzazione di attività volte al conseguimento di risorse finalizzate;
- migliorare la conoscenza dell'eziologia delle malattie oncologiche e delle condizioni ad esse associate, all'identificazione di nuovi modelli e modalità di prevenzione, diagnosi, assistenza e terapia, anche nella prospettiva della continuità con i servizi territoriali e/o le reti ospedaliere;
- erogare prestazioni sanitarie a persone di interesse oncologico o con rischio ad esso correlato;
- attuare l'assistenza e la cura interdisciplinare dei pazienti con tumore provvedendo altresì al successivo controllo periodico ed assicurando un adeguato supporto di riabilitazione fisica e psicologica e un opportuno sostegno ai familiari;
- costituire riferimento per enti ed istituzioni, pubbliche o private, per pareri e approfondimenti relativi a patologia oncologica correlabile a esposizioni lavorative o ambientali o altri fattori di rischio;
- fornire consulenze, anche in forma di seconda opinione, diretta o a distanza, in campo oncologico, così come già attuato per l'Alleanza degli Ospedali Italiani nel Mondo (TCAS);
- svolgere funzione di riferimento regionale del Registro Tumori del Friuli Venezia Giulia e promuovere le interazioni con le reti dei Registri Tumori Italiani ed internazionali;
- provvedere alla raccolta, alla elaborazione ed alla diffusione di informazioni concernenti i dati epidemiologici ed i fattori causali dei tumori anche partecipando a programmi di educazione sanitaria allo scopo della prevenzione dei tumori;

- svolgere attività di trasferimento delle conoscenze acquisite attraverso le attività assistenziali e di ricerca, di insegnamento teorico-pratico, di addestramento e di formazione, direttamente e in collaborazione con Università e con altre Istituzioni nazionali ed internazionali;
- partecipare, nell'ambito dei propri fini istituzionali, alla realizzazione di programmi indicati dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali, dai programmi della Commissione Europea e delle Agenzie Internazionali nonché supportare altre iniziative promosse dalla Regione nel campo della cooperazione internazionale;
- contribuire al funzionamento di Alleanza Contro il Cancro;
- stabilire opportune ulteriori forme di collaborazione nel settore Oncologico con enti, istituzioni, laboratori di ricerca italiani e stranieri, al fine di realizzare e sviluppare sinergie nel campo della ricerca scientifica, della formazione, dell'assistenza, e di contribuire al miglioramento dello stato di salute anche in aree geografiche e popolazioni individuate da specifici accordi;
- promuovere collaborazioni con le associazioni di volontariato e di rappresentanza e tutela di utenti operanti nei campi di interesse oncologico, al fine di realizzare strumenti efficaci di comunicazione, per incrementare sinergie di crescita e di miglioramento, anche finalizzate alla qualità dell'accoglienza, alla conoscenza e al soddisfacimento dei bisogni non assistenziali, al rilevamento della qualità percepita;
- collaborare con Enti ed Istituti nazionali e regionali per iniziative di formazione e aggiornamento in ambito oncologico rivolte a personale sanitario;
- predisporre strumenti integrati di valutazione sull'impatto delle azioni attuate rispetto ai soggetti pubblici e privati, coinvolti e destinatari delle stesse, anche mediante metodologie di "bilancio sociale";
- svolgere, ai sensi dell'art. 8, comma 7, D.Lgs. 288/2003, attività di alta formazione nell'ambito della disciplina e della attività di riferimento che è l'oncologia.

5. Analisi del contesto esterno

In Friuli Venezia Giulia risiedono 1.217.872 abitanti, di cui 104.276 di cittadinanza straniera. Nel capoluogo Trieste risiedono 204.234 abitanti, a Udine 99.341, a Pordenone 51.139, a Gorizia 34.742. **L'età media** della popolazione regionale all'anno 2016 risulta pari a 46,9 anni, in aumento rispetto ai 46,6 anni del 2015. Il numero medio di figli per donna è pari a 1,33 e la speranza di vita alla nascita per il 2016 è stimata pari a 80,3 anni per i maschi, in crescita da 79,9 anni del 2015, e a 85,4 anni per le femmine, in crescita dagli 85 anni del 2015. Il tasso di nuzialità, che calcola il rapporto tra il numero di **matrimoni** celebrati ogni 1000 abitanti residenti, è pari a 2,9 contro il 3,2 per mille rilevato a livello nazionale. In FVG i matrimoni civili risultano il 62,1% del totale, dato in controtendenza rispetto al valore nazionale pari al 45,3%. La provincia con la quota più elevata di matrimoni civili è Trieste con il 73,1%. Secondo i risultati dell'ultima indagine multiscopo condotta dall'Istat, l'82,7% dei residenti del FVG di 14

anni o più considera positivamente (buono o molto buono) il proprio **stato di salute** (81,2% la media nazionale). Coloro che invece riferiscono di non essere per niente soddisfatti del proprio stato di salute sono stati pari al 4,2% della popolazione. Sul controllo dei cosiddetti “fattori di rischio”, l’Istituto nazionale di statistica ha rilevato che in FVG fuma il 19,3% della popolazione di 14 anni e più, contro il 19,8% nazionale, mentre il 24,6% sono gli ex fumatori, e risultano consumatori giornalieri di bevande alcoliche l’11,9%. Il 27,6% delle persone di 3 anni e più praticano un’attività sportiva in modo continuativo.

Nel 2016 in merito alla **situazione economica**, le famiglie che ritenevano le proprie risorse economiche almeno adeguate erano il 65,6%, in crescita di 5 punti percentuali rispetto al 60,6% del 2015 (60% Italia nel 2016), e il 7,1% delle famiglie ha percepito un miglioramento rispetto all’anno precedente. Tra i problemi più sentiti nella zona in cui vivono, le famiglie menzionano le cattive condizioni stradali (35,3%, in diminuzione dal 43,1% registrato nel 2015), il traffico (30,9%) e il rischio di criminalità (28,6%), per valori inferiori alla media nazionale pari rispettivamente a 54,1%, a 37,9% e a 38,9%. Il **PIL della regione FVG** nel 2017 a valori concatenati è stimato in crescita del +1,3% rispetto al 2016. Secondo le stime, risultano in crescita gli investimenti fissi lordi con +2,1% e la spesa per consumi delle famiglie con +1,3%. Secondo gli ultimi dati Istat ufficiali il PIL del FVG ammontava nel 2015 a 35.681 milioni di euro correnti e a 33.705 milioni di euro in valori concatenati. Nel 2016 l’indagine Istat sulle spese delle famiglie ha rilevato che la **spesa media mensile delle famiglie** del FVG è di 2.479 euro, dato sostanzialmente stabile rispetto ai 2.498 euro del 2015. In particolare, nel 2016 rispetto al 2015, le famiglie in media hanno speso meno per abbigliamento e calzature e di più per mobili e servizi per la casa e per le comunicazioni. Il tasso di **disoccupazione** nel Friuli Venezia Giulia nel 2016 è stato del 7,5%, quinto valore più basso a livello italiano (indicatore a livello nazionale pari a 11,7%), e in diminuzione dall’8,0% del 2015. Il 64,7% della popolazione regionale compresa tra 15 e 64 anni è occupata (il 72,3% dei maschi e il 57,0% delle femmine). Gli inattivi sono risultati 226 mila, per un tasso di inattività del 30%. Gli occupati a tempo determinato risultano pari al 13,4%, contro il 14% nazionale, e il 19,4% a tempo parziale, contro il 18,8% nazionale.

L’ISTAT si è dedicato a studiare il fenomeno della corruzione dal punto di vista delle famiglie da cui il Friuli Venezia Giulia non è esente. Anzi, questa regione guida la classifica nazionale dedicata alle sentenze definitive iscritte al Casellario centrale nel 2016 relativamente al peculato, dove è al primo posto (in rapporto alla popolazione residente) seguito da Molise, Valle d’Aosta e Liguria. Per quel che riguarda la frequenza, sul gradino

più alto del podio c'è la Liguria dove il tasso di peculato per 100 mila abitanti è 5 volte il tasso di sentenza per 100 mila abitanti, seguono FVG e Molise.

L'indebita percezione di erogazioni pubbliche a danno dello Stato è maggiore in regione e in provincia di Trento. Per contro il FVG è all'ultimo posto nella graduatoria delle regioni relativa alle persone che conoscono qualcuno a cui è stato chiesto denaro, favori o regali in cambio di beni e servizi: contro il 32,3% della Puglia, il FVG è all'ultimo posto con il 3,9.

Le richieste di denaro "si verificano più frequentemente nei settori lavoro, sanità e uffici pubblici nel complesso" rileva l'ISTAT, ma la graduatoria dei casi registrati più di recente mette al primo posto la sanità. La situazione sul territorio è diversificata. L'indicatore complessivo di corruzione stimato varia infatti dal 17,9% del Lazio al 2% della Provincia autonoma di Trento. "Valori particolarmente elevati presentano anche l'Abruzzo e la Puglia – prosegue il rapporto – mentre sul versante opposto ci sono Bolzano, il Piemonte, la Valle d'Aosta e il FVG". Nella maggior parte dei casi di corruzione c'è stata una richiesta esplicita da parte del diretto interessato (circa il 38,4% dei casi), o questi lo ha fatto capire (32,2%); meno frequente è la richiesta da parte di un intermediario (13,3%). In altri casi (9,4%) "gli intervistati spiegano che non vi è stata una vera e propria richiesta dal momento che "si sa che funziona così"; in un residuale 1,5% è il cittadino ad aver offerto di propria iniziativa regali o denaro.

Tra gli attori della corruzione in sanità, al primo posto ci sono i medici (69% dei casi), quindi gli infermieri (19,6%) e infine il personale non sanitario. L'oggetto di scambio più frequente nella dinamica corruttiva è il denaro, segue il commercio di favori, ma non mancano le prestazioni sessuali. Tra le famiglie che hanno accettato lo scambio, l'85% ritiene che aver pagato sia stato utile per ottenere quanto desiderato. Il 25,2% riconosce di aver pagato per un servizio che gli sarebbe spettato di diritto. Ma chi denuncia è una percentuale bassissima: solo il 2,2% dei casi.

Mediamente, sul fronte corruzione nel resto d'Italia va peggio. L'ISTAT stima che il 7,9% delle famiglie nel corso della vita sia stato coinvolto direttamente in eventi corruttivi come richieste di denaro, favori, regali o altro in cambio di servizi o agevolazioni. La stima più bassa di corruzione riguarda le *public utilities*: sono soltanto lo 0,5% le famiglie che al momento di richiedere allacci, volture o riparazioni, hanno avuto richieste di pagamenti in qualsiasi forma per ottenere o velocizzare i servizi richiesti. Per contro il settore lavorativo, nel momento della ricerca di lavoro, della partecipazione a concorsi o l'avvio di una attività lavorativa, è quello maggiormente coinvolto dalla corruzione (3,2% delle famiglie italiane). Il 2,7% delle famiglie che hanno fatto domanda di benefici assistenziali l'ISTAT stima abbia ricevuto una richiesta di denaro o scambi di favori. Stessa richiesta per il 2,4% delle famiglie che necessitavano di visite mediche specialistiche o accertamenti diagnostici, ricoveri o interventi. Infine non va dimenticato il voto di scambio, più frequente al Sud, tra il 6,7 e l'8,4% delle famiglie, ma presente anche a Nordest con l'1,5% delle famiglie.

6. Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno tiene in considerazione gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. In particolare essa è utile a evidenziare, da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'Istituto.

L'organizzazione dell'Ente deriva dall'Atto Aziendale.

Di seguito si riporta l'organigramma dell'Ente

ORGANI DELL'ISTITUTO:

- DIRETTORE GENERALE
- COLLEGIO SINDACALE
- CONSIGLIO DI INDIRIZZO E VERIFICA
- DIRETTORE SCIENTIFICO

DIREZIONE STRATEGICA

- DIREZIONE GENERALE
- DIREZIONE SANITARIA
- DIREZIONE SCIENTIFICA
- DIREZIONE AMMINISTRATIVA

ORGANISMI COLLEGIALI

- CONSIGLIO DEI SANITARI
- ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE
- COLLEGI TECNICI
- COMITATO UNICO DI GARANZIA
- COMITATO TECNICO SCIENTIFICO
- COLLEGIO DI DIREZIONE
- COMITATO ETICO UNICO REGIONALE

DENOMINAZIONE DIPARTIMENTO	AFFERENZA
Dipartimento di Oncologia Clinica (DOC)	Direttore Sanitario
Dipartimento delle Alte Tecnologie (DAT)	Direttore Sanitario
Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei Tumori (DRDT)	Direttore Scientifico
Dipartimento della Gestione Amministrativa (DGA)	Direttore Amministrativo

DENOMINAZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA STRUTTURA	AFFERENZA
Controllo di Gestione	SOSD	Direttore Generale
Epidemiologia Oncologica	SOC	Direttore Scientifico
Direzione Medica di Presidio	SOSD	Direttore Sanitario
Farmacia	SOSD	Direttore Sanitario
Direzione delle Professioni Sanitarie	SOSD	Direttore Sanitario
Oncologia A	SOC	DOC
Oncologia B	SOC	DOC

DENOMINAZIONE STRUTTURA	TIPOLOGIA STRUTTURA	AFFERENZA
Chirurgia Oncologica del Seno	SOC	DOC
Chirurgia Oncologica Ginecologica	SOC	DOC
Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	SOC	DOC
Anestesia e Rianimazione	SOC	DOC
Medicina del dolore clinica e sperimentale	SOSD	DOC
Terapie Cellulari e Alte Dosi	SOSD	DOC
Chirurgia Oncologica Generale	SOSD	DOC
Psicologia Oncologica	SOSD	DOC
Radiologia Oncologica	SOC	DAT
Medicina Nucleare	SOC	DAT
Fisica Sanitaria	SOC	DAT
Oncologia Radioterapica	SOC	DAT
Area di Oncologia Integrata per Adolescenti e Giovani Adulti	SOSD	DAT
Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale	SOC	DRDT
Oncologia Molecolare e Modelli Preclinici di Progressione Tumorale	SOC	DRDT
Farmacologia Sperimentale e Clinica	SOC	DRDT
Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	SOC	DRDT
Oncoematologia Clinico Sperimentale	SOC	DRDT
Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico	SOSD	DRDT
Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	SOC	DGA
Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	SOC	DGA
Approvvigionamenti, Economato e Logistica	SOC	DGA
Gestione risorse Economico-Finanziarie	SOC	DGA

7. Il responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT)

Secondo quanto previsto dal PNA 2016, la figura del RPC è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016. La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

D'ora in avanti, pertanto, il Responsabile viene identificato con riferimento ad entrambi i ruoli come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)..

Altro elemento di novità è quello della interazione fra RPCT e organismi indipendenti di valutazione.

L'intento principale del legislatore, nelle modifiche apportate alla l. 190/2012 (art. 41, co. 1 lett. f) d.lgs. 97/2016), è quello di rafforzare e tutelare il ruolo del RPCT, nel senso auspicato dall'Autorità nell'Aggiornamento 2015 al PNA.

Il decreto, infatti, stabilisce che l'organo di indirizzo disponga eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare che al RPCT siano attribuiti funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Inoltre, il medesimo decreto, da un lato, attribuisce al RPCT il potere di indicare agli uffici della pubblica amministrazione competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Dall'altro lato, stabilisce il dovere del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV *«le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza»*.

L'art. 8 del d.p.r. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente. È imprescindibile, dunque, un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione. Per la fase di elaborazione del PTPC e dei relativi aggiornamenti, lo stesso PTPC è necessario contenga regole procedurali fondate sulla responsabilizzazione degli uffici alla partecipazione attiva, sotto il coordinamento del RPCT.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione è stato nominato nella persona del Dr. Alessandro Faldon, con deliberazione del Direttore Generale n 470 in data 20.12.2017.

8. I referenti del responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza

Al fine di consentire l'effettiva attuazione del presente PTPC, e data la complessa ed articolata organizzazione dell'Istituto il RPCT, in attuazione di quanto previsto dalla Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, ha individuato i propri Referenti per l'anticorruzione, deputati a coadiuvarlo nella definizione e nell'attuazione delle strategie finalizzate a prevenire e contrastare fenomeni corruttivi.

Il RPCT ha individuato quali Referenti:

- Il Direttore Sanitario (dr.ssa Valentina Solfrini);
- Il Direttore Scientifico (dr. Paolo De Paoli);
- Il Direttore SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica (dr. Palmerino Rescigno, Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) incaricato della compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA);
- Il Direttore SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie (dr.ssa Raffaella Cattaruzza);
- Il Dirigente Responsabile SOSD Controllo di Gestione (dr.ssa Cristina Andreetta);
- Il dirigente Responsabile SOSI Gestione del Personale (dr. Massimo Zanelli);
- Il dirigente della SOSI Gestione del Personale (dr.ssa Claudia Moscarda);
- Il dirigente dell'Ufficio Tecnico (ing. Dimitri Troncon);
- Il dirigente CAF (dr.ssa Nicoletta Suter);
- Il dirigente professioni sanitarie (in fase di acquisizione tramite concorso pubblico);

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, per concorrere allo svolgimento del fondamentale ruolo di impulso che la legge affida al RPCT, inoltrano, con cadenza annuale al RPCT una relazione illustrativa delle attività di prevenzione della corruzione svolte nell'esercizio delle proprie funzioni, utilizzando l'allegato n. 5 al presente atto.

In aggiunta a tale relazione, i Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione relazionano, con immediatezza e senza ritardo, su qualsivoglia elemento che richieda la necessità di immediati interventi.

Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il Responsabile della prevenzione della corruzione sia connotato dalla massima costanza, capillarità e diffusione, i Referenti del responsabile della prevenzione della corruzione attueranno, all'interno delle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, un sistema "a cascata", con il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo dell'Istituto, tale da garantire il pieno conseguimento delle finalità di cui al P.T.P.C., nonché da assicurare che tutto il personale dell'Ente sia coinvolto nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

Il RPCT può in ogni momento verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità, direttamente o per il tramite dei rispettivi Responsabili.

9. Altri soggetti che partecipano alla strategia di prevenzione della corruzione

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, l'attività del RPCT deve essere collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti che partecipano a vario titolo all'organizzazione amministrativa.

In particolare per lo svolgimento dei propri compiti il Responsabile si relaziona costantemente, oltre che con i Referenti, anche con:

- a) il Nucleo di Valutazione in qualità di O.I.V.P.;
- b) il Collegio Sindacale quale ulteriore organo di controllo interno;
- c) tutti i dipendenti dell'Istituto;

Al fine di realizzare un'efficace strategia della prevenzione della corruzione è richiesta la collaborazione fattiva di tutti i soggetti che partecipano alla vita dell'Istituto e dunque, quali principali attori dello svolgimento delle attività cliniche, scientifiche, di ricerca e amministrative, di tutti i dipendenti.

Tale collaborazione si concretizza nella disponibilità a trasmettere ogni utile informazione ai fini della prevenzione della corruzione, a rispondere esaurientemente ad eventuali richieste del RPCT, nonché a partecipare attivamente, anche mediante osservazioni e proposte, alla procedura aperta rivolta a tutti gli *stakeholders*.

10. Oggetto e finalità del PTPC

Il presente PTPC, in ossequio a quanto previsto dalla L. 190/2012, ha ad oggetto l'individuazione delle iniziative necessarie, nonché gli adeguati assetti organizzativi e gestionali, per prevenire, rilevare e contrastare i fenomeni corruttivi e di malfunzionamento negli ambiti interessati da potenziali rischi di corruzione nell'esercizio delle attività amministrative, sanitarie, didattiche e scientifiche.

Il PTPC è redatto nel rispetto delle seguenti finalità:

- a) individuare le cd. “Aree di rischio”, cioè quei macro - settori di attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione tenuto conto anche di quelle già individuate dal PNA;
- b) prevedere, per le attività individuate dalla lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) prevedere, per le attività individuate dalla lettera a), obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull’osservanza del PTPC;
- d) monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge e/o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti amministrativi;
- e) monitorare i rapporti tra l’Istituto e i soggetti che con lo stesso stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i Dirigenti e i dipendenti dell’Istituto;
- f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

11. Destinatari del PTPC

In base alle indicazioni della L. 190/2012 e del PNA sono identificati come destinatari del PTPC:

- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- il personale dipendente, borsista e contrattista;
- i componenti del Nucleo di Valutazione;
- i consulenti e collaboratori;
- i componenti del Collegio Sindacale;
- i titolari di contratti per lavori, servizi e forniture.

12. L’aggiornamento 2016 (delibera ANAC n. 831/2016) e 2017 (delibera n. 1208/2017)

Il 3 agosto l’Autorità ha approvato la delibera 831 di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016.

Si deve evidenziare come in tale nuovo Piano vi sia una parte specificatamente dedicata agli enti del Servizio Sanitario Regionale (Parte VII- SANITA’), redatta tenendo conto del lavoro degli appositi tavoli tematici ANAC, Ministero della Salute e AGENAS.

Le indicazioni specifiche ivi fornite, da leggere a integrazione di quelle contenute nell’Aggiornamento 2015 al PNA che si intendono recepite anche con riferimento agli ambiti non specificamente trattati (§ 1.5, § 2.1.3, § 2.1.4, § 2.2.3, § 2.2.4), rappresentano un insieme di misure, in costante evoluzione, affinamento e miglioramento, concretamente attuabili con gli opportuni adattamenti di contesto e con gli strumenti disponibili, che hanno

lo scopo di favorire una maggiore capacità di contrasto da parte delle istituzioni sanitarie dei fenomeni corruttivi nel breve/medio periodo.

In particolare, le misure indicate costituiscono possibili soluzioni organizzative per preservare il Servizio Sanitario Nazionale dal rischio di eventi corruttivi (con specifico riferimento al contesto strutturale, sociale ed economico in cui si collocano ed operano le istituzioni medesime) e per innalzare il livello globale di integrità, di competenza e di produttività del sistema sanitario nazionale a partire dall'aumento dell'efficacia e dell'efficienza delle singole unità operative in cui si articola.

Per realizzare questi obiettivi, tale approfondimento rivolto alle regioni e alle organizzazioni sanitarie aziendali, presenta un quadro di interventi tra loro correlati la cui realizzazione richiede necessariamente un forte investimento formativo, soprattutto sugli RPCT e, a cascata, su tutti coloro che intervengono nei processi di costruzione ed attuazione delle azioni dei PTPC. Ciò affinché tutti i soggetti siano in grado di utilizzare al meglio le misure e le indicazioni contenute nel PNA per realizzare il livello di equilibrio ottimale fra i due pilastri: la realizzazione piena delle finalità istituzionali di un'azienda sanitaria, da cui dipende il livello di salute di una popolazione, e il contrasto ai tentativi e/o ai fatti corruttivi che si oppongono o ne ostacolano il perseguimento.

In particolare, per gli enti del SSN, sono stati evidenziati i seguenti aspetti:

- b) La centralità della formazione e il ruolo strategico che essa assume nella qualificazione e nel mantenimento delle competenze. Ferma restando la responsabilizzazione delle amministrazioni e degli enti sulla scelta dei soggetti da formare e su cui investire prioritariamente e la trasversalità della formazione all'interno dell'organizzazione per tutti i soggetti che, seppur con approcci differenziati, partecipano, a vario titolo, alla formazione ed attuazione delle misure di prevenzione, la figura del RPCT e le figure di supporto (referenti, organi di indirizzo, titolari di uffici e di funzioni strategiche, ecc.) sono da considerarsi destinatari prioritari dell'investimento formativo.
- c) Nell'ambito degli appalti in sanità, l'esigenza di affrontare in modo sistemico e strategico le situazioni di conflitti di interesse appare maggiormente sentita a causa delle caratteristiche strutturali di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi presenti nell'organizzazione sanitaria con specifico riferimento al settore degli acquisti, generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati. L'argomento riveste una particolare rilevanza alla luce anche del d.lgs. 50/2016 (nuovo Codice dei contratti pubblici) che, all'art. 42, reca una specifica previsione sulla individuazione e risoluzione dei conflitti di interesse che possano essere percepiti come minaccia alla imparzialità e all'indipendenza del personale della stazione appaltante.
- d) L'ambito di attività relativo al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generali" di cui alla determinazione ANAC del 28 ottobre 2015, n. 12. Nel settore sanitario il "rischio" connesso alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza e/o dei criteri di imparzialità e/o all'uso distorto della discrezionalità, assume ulteriore rilievo anche per gli aspetti inerenti la qualità delle cure. Una delle principali componenti della qualità, infatti, risiede proprio nella capacità, competenza ed esperienza dei professionisti in rapporto alla tipologia del servizio, alle caratteristiche del contesto organizzativo e, soprattutto, al livello di responsabilità che l'incarico comporta.
- e) In sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a

considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite, le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

- f) governo e gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intramuraria. Quest'area, già ritenuta di prioritaria importanza nell'Aggiornamento 2015 al PNA, viene richiamata anche in questo approfondimento in considerazione della disomogeneità dei contesti regionali nel governo dei tempi di attesa, in relazione anche al rapporto tra attività istituzionale e libero professionale e al fatto che i comportamenti opportunistici e i rischi corruttivi in questo settore si sostanziano in disparità di trattamento nei confronti dell'utente finale. L'esigenza è quella di integrare le misure di prevenzione già previste nel precedente Aggiornamento 2015 al PNA, con particolare riferimento alle attività in ALPI, con interventi mirati in tema di liste di attesa per le prestazioni rese in attività istituzionale, a partire dal rafforzamento della trasparenza nel sistema di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (diagnostiche e terapeutiche), avuto riguardo del trattamento dei dati sensibili.

L'Aggiornamento 2017 al PNA, approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con delibera n. 1208 in data 22.11.2017, ha dedicato specifici approfondimenti all'Autorità di sistema portuale, alla gestione dei commissari straordinari nominati dal Governo e alle Istituzioni Universitarie.

Nella Parte Generale, a pag. 6, vi è una sintetica valutazione riguardante i PTPC 2017-2019 delle aziende sanitarie:

“Nei PTPC 2017-2019 risulta un buon livello di adeguamento alle indicazioni contenute nella parte speciale “Sanità” dell'Aggiornamento 2015 al PNA, seppur con ampi margini di miglioramento. Nei Piani sono infatti presenti le aree di rischio relative ad attività libero professionale e liste di attesa (75% nelle aziende ospedaliere e il 72% nelle aziende sanitarie), i rapporti contrattuali con privati accreditati (29% nelle aziende ospedaliere e il 64% delle aziende sanitarie), farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni (71% nelle aziende ospedaliere e 74% delle aziende sanitarie), attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero (45% delle aziende ospedaliere e 54% delle aziende sanitarie). Si riscontra, inoltre, un discreto livello di adeguamento anche relativamente alla presenza di misure specifiche per i processi nelle aree di rischio sopra richiamate.”

13. Il titolare del potere sostitutivo

Il costante rispetto dei termini di conclusione del procedimento amministrativo, in particolare quando avviato su “istanza di parte”, è indice di buona amministrazione ed una variabile da monitorare per l'attuazione delle politiche di contrasto alla corruzione.

Il sistema di monitoraggio del rispetto dei suddetti termini è prioritaria misura anticorruzione prevista dal PNA.

L'Allegato 1 del PNA del 2013 a pagina 15 riporta, tra le misure di carattere trasversale, il monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali:

“attraverso il monitoraggio emergono eventuali omissioni o ritardi che possono essere

sintomo di fenomeni corruttivi”.

Vigila sul rispetto dei termini procedurali il *“titolare del potere sostitutivo”*.

Come noto, *“l'organo di governo individua, nell'ambito delle figure apicali dell'amministrazione, il soggetto cui attribuire il potere sostitutivo in caso di inerzia”* (articolo 2 comma 9-bis della legge 241/1990, comma aggiunto dal DL 5/2012 convertito dalla legge 35/2012).

Decorso infruttuosamente il termine per la conclusione del procedimento, il privato cittadino, che con domanda ha attivato il procedimento stesso, ha facoltà di rivolgersi al *titolare del potere sostitutivo* affinché, entro un termine pari alla metà di quello originariamente previsto, concluda il procedimento attraverso le strutture competenti o con la nomina di un commissario.

Il *titolare del potere sostitutivo* entro il 30 gennaio di ogni anno ha l'onere di comunicare all'organo di governo, i procedimenti, suddivisi per tipologia e strutture amministrative competenti, per i quali non è stato rispettato il termine di conclusione previsto dalla legge o dai regolamenti.

Nel caso di omessa nomina del *titolare dal potere sostitutivo* tale potere si considera *attribuito al direttore generale*.

14. La gestione del rischio

La gestione del rischio di “corruzione” costituisce lo strumento finalizzato a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi.

Il rispetto delle indicazioni del PNA permette di aderire ad un metodo condiviso che consente agli organi nazionali preposti al controllo e alla vigilanza sulle azioni messe in atto dalle Pubbliche Amministrazioni per contrastare i fenomeni corruttivi, di disporre di informazioni e dati omogenei.

L'intero processo di gestione del rischio, coordinato dal RPCT si sviluppa, coerentemente al metodo suggerito dal PNA, in tre fasi:

1. mappatura dei processi;
2. valutazione del rischio per ciascun processo;
3. trattamento del rischio.

15. Mappatura dei processi

Il “processo” nell'accezione indicata nel PNA rappresenta *“un insieme di attività correlate che creano valore trasformando delle risorse in un prodotto destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione”*. Tale concetto è quindi diverso e più ampio di quello di “procedimento”.

La mappatura si sostanzia nell'individuazione dei singoli processi, delle fasi relative a ciascuno di essi e delle responsabilità correlate ad ogni fase, e consente di delimitare le aree di rischio in relazione alle quali si effettua, in un successivo momento, la valutazione del rischio. La mappatura dei processi è stata realizzata considerando, in prima istanza, le “Aree di rischio” previste dalla L. 190/2012 che il PNA definisce nell'All.2 “Aree comuni e obbligatorie” (Area acquisizione e progressione del personale, Area affidamento di lavori, servizi e forniture, Area Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario, Area Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con di effetto economico diretto ed

immediato per il destinatario). Per ciascuna delle suddette Aree sono stati individuati i relativi “processi”, con la collaborazione dei dirigenti e dei responsabili apicali, rispettivamente nell’ambito delle competenze della Struttura di cui sono al vertice.

Alle quattro Aree individuate dalla L. 190/2012 sono state aggiunte le aree che comprendono gli ulteriori “processi” della Direzione Scientifica e del Centro Attività Formative.

16. Valutazione e mappatura del rischio

1. In osservanza a quanto disposto dalla legge n. 190 del 2012 e dal P.N.A., il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, in collaborazione con i Responsabili delle Strutture Amministrative, l’Ufficio Formazione e la Direzione Scientifica ha proceduto alla mappatura delle aree maggiormente esposte al rischio di corruzione nonché all’individuazione, per ciascuna area, dei processi più frequentemente soggetti al verificarsi del rischio corruttivo: le aree di rischio comprendono quelle individuate come aree sensibili dall’art. 1, comma 16 della legge n. 190 del 2012 e riprodotte nell’Allegato 2 al P.N.A. nonché quelle ulteriori specificamente connesse alle attività istituzionali dell’Istituto.

Per ciascun processo sono stati individuati i potenziali rischi corruttivi, la probabilità del verificarsi di tali rischi nonché l’impatto economico, organizzativo e di immagine che l’Amministrazione potrebbe subire nell’ipotesi del verificarsi degli stessi. La valutazione del grado di rischio è stata condotta con riferimento al rischio attuale a ciascun processo, cioè prima dell’applicazione delle ulteriori misure di prevenzione indicate nel Piano stesso.

In sede di primo aggiornamento del Piano si procederà all’indicazione anche del rischio residuo, cioè il grado di rischio stimato a seguito dell’applicazione delle ulteriori misure di prevenzione indicate.

L’analisi del rischio e l’individuazione delle misure di prevenzione è stata realizzata dai dirigenti membri del gruppo di lavoro per le aree di rispettiva competenza con il coordinamento del Responsabile della prevenzione della corruzione.

Salvo che non sia diversamente stabilito, l’attuazione delle ulteriori misure di prevenzione deve essere assicurata entro la scadenza del triennio di vigenza del Piano.

17. Indicazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, "aree di rischio"

Per ogni ripartizione organizzativa dell’ente, sono ritenute “*aree di rischio*”, quali attività a più elevato rischio di corruzione, le singole attività, i processi ed i procedimenti riconducibili alle macro **AREE** seguenti:

AREA A:

gestione del personale:

AREA B:

affidamento lavori servizi forniture;

AREA C:

gestione ordinaria delle entrate e delle spese di bilancio

AREA D:

procedure della direzione sanitaria.

AREA E

provvedimenti ampliativi delle sfera giuridica del destinatario.

AREA F

procedure del centro attività formative.

AREA G

Procedure della direzione scientifica.

18. Metodologia utilizzata per effettuare la valutazione del rischio

La valutazione del rischio è svolta per ciascuna attività, processo o fase di processo mappati. La valutazione prevede l'identificazione, l'analisi e la ponderazione del rischio.

A. L'identificazione del rischio

Consiste nel ricercare, individuare e descrivere i “rischi di corruzione” intesa nella più ampia accezione della legge 190/2012.

Richiede che, per ciascuna attività, processo o fase, siano evidenziati i possibili rischi di corruzione.

Questi sono fatti emergere considerando il contesto esterno ed interno all'amministrazione, anche con riferimento alle specifiche posizioni organizzative presenti all'interno dell'amministrazione.

I rischi sono identificati:

attraverso la consultazione ed il confronto tra i soggetti coinvolti, tenendo presenti le specificità dell'ente, di ciascun processo e del livello organizzativo in cui il processo si colloca;

valutando i passati procedimenti giudiziari e disciplinari che hanno interessato l'amministrazione;

applicando i criteri descritti nell'Allegato 5 del PNA: discrezionalità, rilevanza esterna, complessità del processo, valore economico, razionalità del processo, controlli, impatto economico, impatto organizzativo, economico e di immagine.

B. L'analisi del rischio

In questa fase sono stimate le probabilità che il rischio si concretizzi (*probabilità*) e sono pesate le conseguenze che ciò produrrebbe (*impatto*).

Al termine, è calcolato il livello di rischio moltiplicando “*probabilità*” per “*impatto*”.

B1. Stima del valore della probabilità che il rischio si concretizzi

Secondo l'Allegato 5 del PNA del 2013, criteri e valori (o pesi, o punteggi) per stimare la “*probabilità*” che la corruzione si concretizzi sono i seguenti:

discrezionalità;
rilevanza esterna;
complessità del processo;
valore economico;
frazionabilità del processo;
controlli;

B2. Stima del valore dell'impatto

L'impatto si misura in termini di impatto economico, organizzativo, reputazionale e sull'immagine.

l'Allegato 5 del PNA, propone criteri e valori (punteggi o pesi) da utilizzare per stimare "l'impatto", quindi le conseguenze, di potenziali episodi di malaffare.

Impatto organizzativo: tanto maggiore è la percentuale di personale impiegato nel processo/attività esaminati, rispetto al personale complessivo dell'unità organizzativa, tanto maggiore sarà "l'impatto" (fino al 20% del personale=1; 100% del personale=5).

Impatto economico: se negli ultimi cinque anni sono intervenute sentenze di condanna della Corte dei Conti o sentenze di risarcimento per danni alla PA a carico di dipendenti, punti 5. In caso contrario, punti 1.

Impatto reputazionale: se negli ultimi cinque anni sono stati pubblicati su giornali (o sui media in genere) articoli aventi ad oggetto episodi di malaffare che hanno interessato la PA, fino ad un massimo di 5 punti per le pubblicazioni nazionali. Altrimenti punti 0.

Impatto sull'immagine: dipende dalla posizione gerarchica ricoperta dal soggetto esposto al rischio. Tanto più è elevata, tanto maggiore è l'indice (da 1 a 5 punti).

L'analisi del rischio si conclude moltiplicando tra loro valore della probabilità e valore dell'impatto per ottenere il valore complessivo, che esprime il livello di rischio del processo.

C. La ponderazione del rischio

Dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo o attività si procede alla "ponderazione".

In pratica la formulazione di una sorta di graduatoria dei rischi sulla base del parametro numerico "livello di rischio".

I singoli rischi ed i relativi processi sono inseriti in una "classifica del livello di rischio".

Le fasi di processo o i processi per i quali siano emersi i più elevati livelli di rischio identificano le aree di rischio, che rappresentano le attività più sensibili ai fini della prevenzione.

19. Il trattamento

Il processo di "gestione del rischio" si conclude con il "trattamento".

Il trattamento consiste nel procedimento "per modificare il rischio". In concreto, individuare delle misure per neutralizzare o almeno ridurre il rischio di corruzione.

Il responsabile della prevenzione della corruzione deve stabilire le "priorità di trattamento" in base al livello di rischio, all'obbligatorietà della misura ed all'impatto organizzativo e

finanziario delle misura stessa.

Il PTPCT prevede l'implementazione anche di misure di carattere trasversale, come:

- a) **la trasparenza**, che come già precisato costituisce oggetto del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità quale "sezione" del PTPC; gli adempimenti per la trasparenza possono essere misure obbligatorie o ulteriori; le misure ulteriori di trasparenza sono indicate nel PTTI, come definito dalla delibera CIVIT 50/2013;
- b) **l'informatizzazione dei processi** che consente, per tutte le attività dell'amministrazione, la tracciabilità dello sviluppo del processo e riduce quindi il rischio di "blocchi" non controllabili con emersione delle responsabilità per ciascuna fase;
- c) **l'accesso telematico a dati, documenti e procedimenti e il riutilizzo di dati, documenti e procedimenti** che consente l'apertura dell'amministrazione verso l'esterno e, quindi, la diffusione del patrimonio pubblico e il controllo sull'attività da parte dell'utenza;
- d) **il monitoraggio sul rispetto dei termini** procedurali per far emergere eventuali omissioni o ritardi che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi.

Le misure specifiche previste e disciplinate dal presente sono descritte nei paragrafi che seguono.

AREA A:

gestione del personale:

PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO CORRUZIONE	MACRO AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE	PROCESSI ESPOSTI A RISCHIO DI CORRUZIONE	STRUTTURE COINVOLTE	MISURE DI PREVENZIONE GIA' ADOTTATE	VALUTAZIONE DEL GRADO DI RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	PROPOSTE DI ULTERIORI MISURE DI PREVENZIONE
<p>- Comparazione di posizioni soggettive di diversi candidati e/o offerenti;</p> <p>- esercizio di discrezionalità tecnica e/o amministrativa;</p> <p>- riconoscimento di benefici economici di varia natura;</p> <p>- effettuazione di accertamenti dai quali possono scaturire provvedimenti sanzionatori;</p> <p>- svolgimento di attività a pagamento a potenziale conflitto di interesse con le attività istituzionali dell'ente.</p> <p>- esercizio di attività contraddistinta da elevato</p>	<p>A. Gestione del personale</p>	A.1. Acquisizione del personale (accesso dall'esterno e progressioni interne)	- Componenti delle commissioni di valutazione	- Verifica sulla composizione delle commissioni esaminatrici (assenza di incompatibilità, condanne penali etc.)	4,25	<p>- Controlli a campione sulla effettiva presenza in servizio del personale</p> <p>- Controlli a campione su singole missioni</p>
		A.2. Conferimento incarichi di lavoro autonomo	- Responsabile di Struttura e Direzioni strategiche	- Verifica sui requisiti posseduti dai candidati e sulla veridicità delle dichiarazioni rese	3,00	
		A.3. Elaborazione cedolini stipendiali	- Ufficio Bilancio	- Pubblicazione degli atti relativi alla gestione delle risorse umane nel rispetto della normativa vigente	2,67	
		A.4. Liquidazione rimborsi spese missioni	- Direttore Amministrativo	- Rendicontazioni periodiche sulle spese di personale	2,50	
		A.5. Autorizzazione al conferimento incarichi extraistituzionali	- Responsabile di Struttura o Posizione Organizzativa	- Comunicazioni al Dipartimento della Funzione Pubblica sugli incarichi autorizzati ai dipendenti	2,92	
		A.6. Gestione di istituti/benefici contrattuali (P.O., Coordinamenti)	- Responsabile di Struttura e Direzioni strategiche	- Pubblicazione codici disciplinari	2,92	
		A.7. Esercizio del potere disciplinare	- Direttori Dipartimento e UPD	- Applicazione del nuovo regolamento per l'autorizzazione agli incarichi esterni dei	4,00	

<p><i>marginie di autonomia operativa da parte di singoli dipendenti;</i></p>		<p>A.8. Gestione cartellini orari e verifica presenze/assenze dei dipendenti A.9 Conferimento incarichi dirigenziali di struttura semplice</p>	<p>- Coordinatori, P.O. e Dirigenti assegnatari di risorse umane Direzione Strategica Direttori di Dipartimento Responsabili di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale</p>	<p>dipendenti - Valutazione sull'opportunità di rotazione nell'espletamento delle attività a maggior rischio di corruzione</p>	<p>3,75 4,00</p>	<p>Adozione entro il 30.06.2017 di un regolamento per il conferimento degli incarichi dirigenziali che tenga conto delle indicazioni del PNA 2016 nella parte riguardante gli enti sanitari</p>
---	--	--	--	--	---------------------------	---

AREA B:

Affidamento di lavori, servizi e forniture:

<p>PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO CORRUZIONE</p>	<p>MACRO AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE</p>	<p>PROCESSI ESPOSTI A RISCHIO DI CORRUZIONE</p>	<p>STRUTTURE COINVOLTE</p>	<p>MISURE DI PREVENZIONE GIÀ ADOTTATE</p>	<p>VALUTAZIONE DEL GRADO DI RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)</p>	<p>PROPOSTE DI ULTERIORI MISURE DI PREVENZIONE</p>
	<p>B. Individuazione del contraente e gestione dei contratti con fornitori (forniture, servizi e lavori pubblici)</p>	<p>B.1. Predisposizione atti di gara (specifiche tecniche e criteri premianti per la scelta del contraente)</p>	<p>- Aree Acquisizione Beni e Servizi; Patrimonio e Servizi Tecnici; Bilancio e Controllo</p>	<p>- Utilizzo del mercato elettronico per ampliare le indagini di mercato e favorire la concorrenza - Ampliamento del ricorso al confronto concorrenziale anche nelle ipotesi in cui la</p>	<p>B1 – 3,50 B2 – 4,67</p>	<p>- Composizione delle commissioni di gara con meccanismi di rotazione nella formazione delle stesse - Redazione di relazioni tecnico-</p>

		<p>B.2. Attività valutativa delle Commissioni</p> <p>B.3. Affidamenti diretti sulla base di valutazioni di esclusiva</p> <p>B.4. Vigilanza sull'esecuzione dei contratti (penali, gestione subappalti, verifica SAL, collaudi, rilevazioni inadempimenti)</p> <p>B.5. Autorizzazione al pagamento e liquidazione fatture</p> <p>B.6. Gestione casse economali</p> <p>B.7. Gestione del patrimonio immobiliare (locazioni, alienazioni, acquisizioni e manutenzione)</p>	<p>Economico (singoli operatori e Responsabili)</p> <p>- Direttore Struttura Operativa</p> <p>Tecnologie e Investimenti</p> <p>- Direttore Amministrativo</p> <p>- Direttore Tecnico</p> <p>- Componenti delle commissioni di valutazione</p> <p>- Responsabili del procedimento</p> <p>- Direttori dell'esecuzione e</p> <p>- Servizio Sistemi Informativi (singoli operatori, Responsabile e Amministratore di sistema)</p> <p>- Direttore Generale</p> <p>- Ufficio Affari</p>	<p>legge consente l'affidamento diretto</p> <p>- Separazione di competenze tra titolare del potere decisionale e di spesa e RUP (nei casi in cui ciò risulta possibile)</p> <p>- Verifica sulla composizione delle commissioni giudicatrici (assenza di incompatibilità, di conflitto di interessi etc.)</p> <p>- Rafforzamento della pubblicità in sede di apertura delle offerte</p> <p>- Monitoraggio sulle attività di acquisto, con particolare riferimento alle modalità di scelta del contraente e predisposizione di report periodici</p> <p>- Pubblicazione degli atti relativi alla gestione dei contratti nel rispetto della normativa vigente</p> <p>- Richiesta di nulla osta al pagamento delle fatture da parte del dirigente competente o RUP delegato</p> <p>- Effettuazione dei controlli obbligatori</p>	<p>B3 – 4,38</p> <p>B4 – 3,54</p> <p>B5 – 4,08</p> <p>B6 – 2,08</p> <p>B7 – 2,92</p>	<p>illustrative relative alla progettazione dei servizi e forniture</p> <p>- Ulteriore implementazione del mercato elettronico</p> <p>- Estensione della modalità di apertura delle offerte in seduta pubblica anche oltre gli obblighi di legge</p> <p>- Previsione di avvisi volontari per la trasparenza preventiva degli appalti</p> <p>- Valutazione sull'opportunità di rotazione nell'espletamento delle attività a maggior rischio di corruzione</p>
--	--	---	---	---	--	--

			<p>Generali e Legali</p>	<p>propedeutici al pagamento di fatture</p> <ul style="list-style-type: none"> - Affidamento all'Agenzia del Territorio delle operazioni di stima del valore degli immobili da alienare o acquisire - Acquisizione dell'attestazione di regolarità delle forniture e dei verbali di verifica di conformità - Controlli annuali sulla gestione delle casse economali 		
--	--	--	--------------------------	--	--	--

AREA C:

gestione ordinaria delle entrate e delle spese di bilancio

Gestione ciclo attivo						
PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	OPERA COINV
FLUSSI ATTIVI BANCA	1.Importazione giornaliera flussi incassi banca	1.Corretta individuazione beneficiario	1.Quadrature scritture contabili e contabilità di banca	Con frequenza giornaliera in sede di ricevimento giornaliero del giornale di banca	2,04	nr. 3 C
		2.Corretta implementazione contabilità	2.Suddivisione dei compiti	Almeno mensilmente in sede di rilevazione flussi di cassa per la Direzione Regionale Salute		
				In sede di controllo effettuato da Collegio Sindacale		
	2.Verifica tipologia incassi:				2,33	nr. 3 G altri se
	2.1.incasso crediti già registrati	1.Errata individuazione partita sospesa	1.Gestione del Credito	Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile		
		2.Corretta implementazione contabilità	2.Suddivisione dei compiti			
	2.2.incassi con ricavo/credito da individuare	1.Errata individuazione natura ricavo	1.Confronto con Servizi interessati	Quotidianamente al verificarsi del "dubbio"		
		2.Corretta implementazione contabilità	2.Gestione del Credito			
			3.Suddivisione dei compiti	Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile		

	3.Rilevazione incassi da CUP aziendali	1.Controllo servizio esternalizzato e casse gestite da personale interno	1.Proceduralizzazione eventi 2.Monitoraggio versamenti 3.Suddivisione dei compiti	1.Monitoraggio, controllo e contabilizzazione giornaliera	2,63	nr. 3 G altri se
		2.Rispetto tempistica di regolarità riversamenti	4.Corrispondenza con ricavi rilevati dal Gestionale CUP Web	2.Monitoraggio, controllo e contabilizzazione giornaliera	2,04	
		3.Corretta implementazione contabilità	5.Quadratura con prospetti di rendiconto responsabili dei CUP aziendali	3.In sede di controllo effettuato da Collegio Sindacale		
PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	OPERA COINV
INCASSI C/CORRENTE POSTALE	1.Estrazione settimanale degli incassi dal CCP	1.Mancata o non corretta rilevazione del dato da parte di Poste Italiane	1.Quadrature prospetto giornaliero e contabilità di posta	Mensilmente in sede di quadratura contabilità posta/azienda	2,04	nr. 3 GE
		2.Corretta implementazione contabilità	2.Suddivisione dei compiti			
	2.Verifica tipologia incassi:					
	2.1.incasso crediti già registrati	1.Errata individuazione partita sospesa	1.Gestione del Credito	1.Secondo le scadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile e dalla gestione recupero crediti di Area Vasta	2,04	nr. 3 GE
	2.2.incassi con ricavo/credito da individuare	2.Errata individuazione natura ricavo	2.Confronto con Servizi interessati	2.Quotidianamente al verificarsi del "dubbio"	2,04	nr. 3 GE altri serv
		3.Corretta implementazione contabilità	3.Gestione del Credito	3.Secondo le scadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile		

				e dalla gestione recupero crediti di Area Vasta		
			4.Suddivisione dei compiti			
	3. Rilevazione mensile degli incassi del CCP	3.Corretta implementazione contabilità	1.Quadrature scritture contabili e contabilità di posta	Mensilmente in sede di quadratura contabilità posta/azienda	2,04	nr. 3 GE
FATTURE ATTIVE	1.Fatturazione costanti ripetute periodiche	1.Corretta tenuta banca dati clienti	1.Confronto con servizi	Frequenza di norma mensile, con periodicità diversa	2,50	nr.2 GE altri serv
		2.Corretta implementazione contabilità	2.Suddivisione dei compiti			
	2.Fatturazione su richiesta Servizi	1.Corretta tenuta banca dati clienti	1.Confronto con servizi	Frequenza di norma mensile, con periodicità diversa	2,50	nr.2 GE altri serv
		2.Corretta individuazione tariffe prestazioni	2.Confronto con cliente			
		3.Corretta individuazione trattamento fiscale	3.Gestione del credito			
		4.Corretta tempistica/competenza	4.Suddivisione dei compiti			
		5.Corretta implementazione contabilità				
PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	OPERA COINV
GESTIONE DEL CREDITO	Gestione crediti insoluti	1.Corretta tenuta banca dati clienti	1.Circularizzazione dati registrati	Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile e dalla gestione recupero crediti di Area Vasta	2,50	nr. 2 GE altri serv

		2. Corretta gestione dati di ritorno da clienti interni ed esterni	2. Suddivisione dei compiti			
		3. Corretta implementazione contabilità				

Gestione ciclo passivo

PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	OPERAZIONI COINVOLTE
BANCA DATI FORNITORI	Gestione banche dati ditte:	1. Monitoraggio variazioni	1. Verifica e scambio dati con altri servizi aziendali	Frequenza giornaliera	2,33	nr. 4 GEF
	1. ragione sociale	2. Gestione certificazioni	2. Circolarizzazione dati con ditte esterne			
	2. tracciabilità	3. gestione debito e cessioni	3. verifiche IBAN con sistema bancario			
	3. partitari	4. Gestione flussi tracciabilità bancaria	4. suddivisione dei compiti			
REGISTRAZIONE FATTURE PASSIVE	1. Ricevimento documentazione cartacea e telematica e registrazione	1. Corretta individuazione fornitore e conseguente aggiornamento banca dati aziendale	1. Monitoraggio massivo volumi fatturato/scadenze	Frequenza giornaliera	2,33	nr. 4 GEF Altri serv
		2. Corretto trattamento fiscale	2. Monitoraggio ricevimento fatture per tipologie di addebito			
		3. Corretto trattamento contabile	3. Incrocio con banca dati Ascot Economato			
		4. Circolarizzazione fattura verso servizio aziendale competente	4. Verifica attiva e passiva partitari	Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile		

PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	OPERAZIONI COINVOLTE
			5.Asseverazione importi registrati in sede di riscontro da parte di altri servizi	Almeno quindicinale e sempre nel momento dell'emissione dell'ordinativo di pagamento		
			6. Ulteriore verifica del dato registrato in sede di emissione ordinativo di pagamento		2,33	
			7.Suddivisione di compiti			
REGISTRAZIONE ALTRI DOCUMENTI PASSIVI	1.Ricevimento documentazione cartacea e telematica e registrazione	1.Corretta individuazione fornitore e conseguente aggiornamento banca dati aziendale	1.Monitoraggio ricevimento documentazione per tipologie di addebito	Frequenza giornaliera		
		2.Corretto trattamento fiscale	2.Verifica attiva e passiva partitari	Secondo le cadenze previste dalle procedure interne di controllo e regolarità amministrativa e contabile		
		3.Corretto trattamento contabile	3.Asseverazione importi registrati in sede di riscontro da parte di altri servizi	Almeno quindicinale e sempre nel momento dell'emissione dell'ordinativo di pagamento	2,33	nr. 4 GEF Altri servizi
		4.Circularizzazione documento verso servizio aziendale competente	4. Ulteriore verifica del dato registrato in sede di emissione ordinativo di pagamento			
			5.Suddivisione di compiti			
GESTIONE DEBITO	Circularizzazione debito	1.Verifica corretto trattamento incassi da parte fornitore	1.Solleciti servizi interni	Quindicinale	5,00 (per importi residuali)	nr. 4 GEF

		2.Verifica E/C fornitori	2.Riscontro solleciti dei fornitori		
		3.Verifica importi in scadenza	3.Monitoraggio scadenziario		
		4.Monitoraggio partitari	4.Suddivisione compiti		

PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	OPERATORI COINVOLTI
GESTIONE PAGAMENTI	Pagamento fornitori	1.Verifica scadenze e riscontro	1.individuazione documenti in scadenza e verifica riscontro eseguito e registrazione riscontro in contabilità	Frequenza giornaliera	4,33	nr. 4 GEF
		2.Verifica effettiva pagabilità del documento	2.Verifica DURC e non inadempienza			
		3.Emissione ordinativo di pagamento	3.Verifica importo da erogare al fornitore.			
		4.Verifica ordinativi emessi	4.Emissione distinta di versamento			
		5. Trasmissione al Tesoriere degli ordinativi	5. Riscontro sulla procedura dell'ordinativo informatico dell'avvenuta ricezione			
		6. Firma ordinativi	6 Controllo del buon fine del pagamento			
REGISTRAZIONE EMOLUMENTI STIPENDIALI E RIVERSAMENTO	1.Ricevimento flussi dati da servizi aziendali	1.Corretta implementazione banche dati diverse, corretto rispetto dei termini di pagamento	1.Monitoraggio massivo flussi cassa, incrocio flussi stipendiali con flussi contabili	Frequenza mensile con periodicità diversa	4,33	nr. 5 GEF

ONERI RIFLESSI						
	2.Gestione flusso verso Tesoriere	2.Corretta contabilizzazione	2.Quadratura flussi contabili e stipendiali			
		3.Gestione scadenziario di emolumenti e oneri riflessi	3.Suddivisione compiti			
		4.Monitoraggio scadenziario				
		5.Monitoraggio buon esito flussi diversi				

Controllo Cassa Economale

PROCEDURA	ATTIVITA'	RISCHIO/RESPONSABILITA'	PROCEDURE DI CONTROLLO	TEMPI E METODI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	OPERATORI COINVOLTI
CONTROLLO TIPOLOGIE DI SPESE	Verifica rispondenza spese sostenute da parte dei cassieri economici al regolamento aziendale	1. Verifica congruenza tipologie spesa	1.Monitoraggio flussi di spesa	Almeno trimestralmente e secondo necessità	2,00	nr.2 GEF - altri servizi
		2. Verifica corretto trattamento fiscale	2.Controllo documentazione fiscale			
		3.Verifica corretto trattamento contabile	3.Quadratura giornale di cassa - contabilità			

		4.Verifica tempestività registrazioni	4.Controllo corrispondenza tenuta casse a linee guida regolamento			
			5.Circularizzazione con fornitori			
			6.Suddivisione compiti			
REINTEGRO DOTAZIONI ECONOMICI	Disposizione bonifici per reintegro dotazione economica	1.Ricostituzione dotazioni economiche del valore delle spese rendicontate e riconosciute	1.Quadratura scritture di banca, di cassa e contabili	Secondo necessità	2,00	nr.2 GEF - altri servizi
		2. Verifica corretta tenuta contabilità di cassa e di banca	2. Verifica corretta contabilizzazione flussi di entrata			
			3.Quadrature tra giacenze fisiche e contabili	Almeno trimestralmente e secondo necessità		
			4.Suddivisione dei compiti			

AREA D:

Procedure della Direzione Sanitaria:

MACRO AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE	PROCESSI ESPOSTI A RISCHIO DI CORRUZIONE	RISCHI SPECIFICI	VALUTAZIONE DEL GRADO DI RISCHIO (Criteri allegato 5 PNA)	PROPOSTE DI ULTERIORI MISURE DI PREVENZIONE
ATTIVITA' SANITARIE	Gestione liste di attesa per l'intervento chirurgico in elezione	Gestione irregolare/illecite delle liste d'attesa per interventi chirurgici e scavalcare pazienti in lista d'attesa da parte di chi ha fatto la visita in ALPI presso l'ospedale	MEDIO	Adozione di specifico regolamento aziendale sulla gestione delle liste di attesa per l'intervento chirurgico in elezione e rispetto del diritto di accesso (entro 30.06.2018), che riconosca e disciplini i momenti di collegialità multidisciplinare nelle valutazioni cliniche di priorità già in uso in Istituto.
	Gestione e appropriatezza ricoveri ordinari e in regime DH	Mancato rispetto priorità lista di attesa; Irregolare/incompleta registrazione del ricovero	MEDIO	Monitoraggio delle liste di attesa delle SSOO di ricovero utilizzando regolamento interno da adottarsi entro il 30.06.2018 Controllo campionario cartelle cliniche (in corso).
	Gestione liste di attesa per esami diagnostici (PET, TAC, RM)	effettuazione di esami diagnostici di cittadini in posizione anticipata/privilegiata	MEDIO	Adozione di specifico regolamento aziendale sulla gestione delle liste di attesa per ricovero/DH e rispetto del diritto di accesso.(entro 30.06.2018), che preveda momenti di collegialità multidisciplinare nelle valutazioni cliniche di priorità (già in uso). Verifica a campione della appropriatezza del ricovero e della adeguata compilazione della documentazione attestante il ricovero Adozione di specifico regolamento aziendale sulla

		rispetto alla attesa ordinariamente spettante.		gestione delle liste di attesa per esami PET, TAC, RM e rispetto del diritto di accesso.(entro 30.06.2018), che preveda momenti di collegialità multidisciplinare nelle valutazioni cliniche di priorità per l'effettuazione dell'esame.
	Disciplina della riservatezza sui decessi dei pazienti	Utilizzo delle informazioni sui decessi dei pazienti a vantaggio delle imprese di pompe funebri	BASSO	Sensibilizzazione del personale sulla corretta applicazione della normativa sulla riservatezza e formazione in materia di privacy
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA	Fase di esercizio dell'ALPI	Violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione	BASSO	Verifica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione.(in corso)
		Svolgimento della libera professione in orario di servizio	BASSO	Controllo orario di lavoro e della refertazione dei pazienti. (in corso)
		Trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione	BASSO	Verifica a campione applicazione linee guida e/o protocolli clinici e comparazione dei relativi tempi di follow up applicati sia ai pazienti seguiti in regime istituzionale che in libera professione intramuraria entro il 31.12.2018

AREA E:

Area dei provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Per tale area è stato individuato il rischio di indebito riconoscimento dell'esenzione ticket sanitario al fine di agevolare determinati utenti (struttura coinvolta: Ufficio Cassa). Da un'analisi effettuata emerge che il rischio può considerarsi **basso**, con impatto economico basso, nel senso che nel corso degli ultimi 5 anni non sono state pronunciate sentenze della Corte dei Conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe. Impatto organizzativo basso e impatto reputazionale basso nel senso che negli ultimi 5 anni non risulta siano stati pubblicati su giornali o riviste articoli su questo specifico argomento in termini negativi. I suddetti esami diagnostici sono inseriti in agende informatizzate. La ragione di una tale valutazione sta nel fatto che tale attività indebita, pur se astrattamente possibile ad opera di ciascun addetto individualmente, in realtà è fortemente disincentivata dalle procedure ordinarie di controllo.

Infatti ogni mese, a una scadenza prestabilita, in riferimento all'art. 50 del D.L. n. 269/2003, l'Ufficio Cassa trasmette tramite INSIEL al MEF, in via telematica, i dati delle ricette delle prestazioni ambulatoriali, raccolti sul programma SIASA. Il MEF effettua le verifiche. Fino ad oggi non risultano riscontri di forzature di esenzioni non spettanti sui dati trasmessi dati relativi alle esenzioni per reddito e per patologia.

AREA F

Procedure del Centro Attività Formative.

Nell'ambito delle procedure di competenza del Centro Attività Formative è stato valutato il rischio connesso alla acquisizione di formatori esterni.

Descrizione del processo:

- Ogni 3 anni viene svolta da parte del CAF un'indagine di fabbisogno formativo attraverso questionario rivolto al personale dell'Istituto;
- Costantemente durante l'anno vengono raccolti i fabbisogni nei questionari di fine corso e le segnalazioni dalle Direzioni strategiche e di struttura; i risultati di queste indagini creano le basi per il piano di formazione.
- Il Piano annuale della formazione, parte integrante del Piano aziendale, prevede una pianificazione di massima della formazione dell'anno di riferimento.
- In seguito, con cadenza semestrale si dà corso alla pianificazione di dettaglio e si realizzano i singoli eventi formativi. Tali eventi possono richiedere l'acquisizione di formatori esterni qualora la didattica e scientifica non sia presente o disponibile in istituto.
- La chiamata del docente è diretta e da un punto di vista economico può risultare a titolo gratuito (con o senza rimborso spese) o prestazione a gettone o tariffa oraria (con o senza rimborso spese); le tariffe di riferimento sono quelle del tariffario allegato alla Delibera DG 290/2016.
- La proposta di acquisizione può provenire da:
 - Il responsabile/i scientifico/i dell'evento formativo;
 - Una Direzione strategica dell'Istituto;
 - Un responsabile di struttura operativa;
 - Il CAF stesso che si fa promotore di una iniziativa formativa.
- Il proponente predisponde una relazione nella quale indica le motivazioni della scelta (curriculum, attività scientifica, pubblicazioni, esperienza acquisita, valutazioni positive acquisite in precedenti corsi, assenza

di tale competenza didattica in istituto, compenso proposto)

- Il formatore sottoscriverà apposita dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.

Valutazione rischio e impatto: Da un esame del processo si può rilevare che tale rischio può considerarsi **medio**, con impatto organizzativo medio, nel senso che almeno 2 soggetti (soggetto proponente + responsabile CAF) concorrono nella individuazione del formatore e nella definizione del compenso, e impatto reputazionale basso, nel senso che negli ultimi 5 anni non risulta siano stati pubblicati su giornali o riviste articoli su questo specifico argomento in termini negativi. L' impatto economico è basso , nel senso che nel corso degli ultimi 5 anni non sono state pronunciate sentenze della Corte dei Conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della pa. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe.

Con deliberazione n. 290 in data 15.11.2016 è stato approvato il nuovo Regolamento delle attività di formazione.

AREA G

Procedure della Direzione Scientifica

Procedure di selezione del personale di competenza della Direzione Scientifica (Borsisti, Collaboratori Occasionali e Prest. Professionali)

Le procedure per l'acquisizione di personale esterno avvengono sempre mediante pubblica selezione e sono disciplinate da regolamenti o procedure regolamentate da deliberazioni.

Procedure per Borse di studio

Le procedure per l'acquisizione di personale borsista sono subordinate al "Regolamento per la disciplina di conferimento delle borse di studio e ricerca (BSR) di cui all'art. 23 dell'Atto Aziendale" adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 80 del 06.04.2009, e successive modificazioni giuste deliberazioni n. 70 del 15.04.2011 e n. 134 del 23.07.2013.

Il Regolamento vigente è disponibile sul sito Internet dell'Istituto scaricabile in download (www.cro.sanita.fvg.it alla pagina "Borse di studio").

Le procedure per il conferimento di Borse di studio avvengono con selezione pubblica per titoli e colloquio.

Attività	Sottoattività	Responsabilità	Legislazione presente si/no	Amm.ne trasparent e	Rischio
Ammissione/esclusione candidati	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione componenti della Commissione di verifica requisiti *; 2. Convocazione della Commissione; 3. Verifica compatibilità/incompatibilità componenti commissione* (attestazione tramite autocertificazione della compatibilità/incompatibilità dei componenti commissione); 4. Stesura verbale da parte del Segretario verbalizzante. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DSc 2. DA/DSc 3. DSc 4. SSc 	Si	No	5,67
Convocazione candidati	<ol style="list-style-type: none"> 1. Invio telegramma/ lettera di convocazione; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DA/DSc 	Si	No	4,25
Valutazione candidati tramite colloquio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Convocazione della Commissione; 2. Verifica compatibilità/incompatibilità componenti commissione *; 3. Stesura verbale da parte del Segretario verbalizzante, con allegate schede di valutazione titoli. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DA/DSc 2. DSc 3. SSc 	Si	No	4,67
Delibera di conferimento Borsa di studio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stesura testo 2. Controllo amministrativo; 3. Adozione delibera tramite sistema ADweb 4. Pubblicazione all'Albo anche on-line 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SSc 2. DA 3. Amm 4. Amm 	Si	Si	7,08

- * La Commissione di valutazione dei candidati viene di volta in volta scelta dal Direttore Scientifico sulla base dei progetti di ricerca e delle aree di ricerca coinvolti. I componenti della commissione, presa visione dell'elenco dei partecipanti, dovranno dichiarare che non sussistono situazioni di incompatibilità tra essi e i candidati (ai sensi dell'artt. 51 e 52 del codice di procedura civile). In caso di incompatibilità il Direttore Scientifico provvederà ad individuare il sostituto.

Legenda:

DSc = Direttore Scientifico
SSc = Segreteria Direzione Scientifica
DA = Direttore Amministrativo
Amm = Amministrazione

Procedure per l'acquisizione di Collaboratori Occasionali e Prestazioni Professionali

Le procedure per l'acquisizione di personale esterno con contratto di Collaborazione Occasionale o Prestazione Professionale sono subordinate alle indicazioni contenute nelle deliberazioni Commissariali n. 246 del 19.09.2001 e successiva integrazione n. 12 in data 25.01.2002, modificata con deliberazione del Direttore Generale n. 109 del 14.06.2011, nelle quali vengono disciplinate le procedure per il conferimento degli incarichi individuali a soggetti esterni per lo svolgimento di attività correlate ai programmi di ricerca finalizzata in atto presso questo Istituto sotto forma di "Collaborazione occasionale" o "Prestazione professionale".

Le procedure per il conferimento di Collaborazioni Occasionali o Prestazioni Professionali avvengono con selezione pubblica per soli titoli ovvero titoli e colloquio in base alla richiesta del Ricercatore Responsabile e su approvazione del Direttore Scientifico.

Attività	Sottoattività	Responsabilità	Legislazione presente si/no	Amm.ne trasparenti	Rischio
Ammissione/esclusione candidati in <u>selezioni per titoli e colloquio</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione componenti della Commissione di verifica requisiti *; 2. Convocazione della Commissione 3. Verifica compatibilità/incompatibilità componenti commissione* (attestazione tramite autocertificazione della compatibilità/incompatibilità dei componenti commissione); 4. Stesura verbale da parte del Segretario verbalizzante. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DSc 2. DA/DSc 3. DSc 4. SSc 	Si	No	5,67
Convocazione candidati	<ol style="list-style-type: none"> 1. Invio telegramma/ lettera di convocazione; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DA/DSc 	Si	No	4,25
Valutazione candidati tramite colloquio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Convocazione della Commissione 2. Verifica compatibilità/incompatibilità componenti commissione* (attestazione tramite autocertificazione della compatibilità/incompatibilità dei componenti commissione); 3. Stesura verbale da parte del Segretario verbalizzante. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DA/DSc 2. DSc 3. SSc 	Si	No	4,67

Delibera di conferimento	1. Stesura testo 2. Controllo amministrativo 3. Adozione delibera tramite sistema ADweb 4. Pubblicazione all'Albo anche on-line	1. SSc 2. DA 3. Amm 4. Amm	Si	Si	7,08
Contratto	1. Stesura del contratto e firma **	1. SSc/DSc			

* La Commissione di valutazione dei candidati viene di volta in volta scelta dal Direttore Scientifico sulla base dei progetti di ricerca e delle aree di ricerca coinvolti. I componenti della commissione, presa visione dell'elenco dei partecipanti, dovranno dichiarare che non sussistono situazioni di incompatibilità tra essi e i candidati (ai sensi dell'artt. 51 e 52 del codice di procedura civile). In caso di incompatibilità il Direttore Scientifico provvederà ad individuare il sostituto

** Lo schema di contratto è stato elaborato dall'Ufficio Affari Generali e Politiche del Personale il quale si occupa anche dei relativi aggiornamenti.

Legenda:

DSc = Direttore Scientifico
SSc = Segreteria Direzione Scientifica
DA = Direttore Amministrativo
Amm = Amministrazione

Attività	Sottoattività	Responsabilità	Legislazione presente si/no	Amm.ne trasparente	Rischio
----------	---------------	----------------	-----------------------------	--------------------	---------

Ammissione/ esclusione can- didati in <u>selezioni per soli titoli</u>	1. Individuazione componenti della Commissione di verifica requisiti *; 2. Convocazione della Commissione; 3. Verifica compatibilità/incompatibilità componenti commissione* (attestazione tramite autocertificazione della compatibilità/incompatibilità dei componenti commissione); 4. Stesura verbale da parte del Segretario verbalizzante.	1. DSc 2. DA/DSc 3. DSc 4. SSc	Si	No	5,67
Delibera di conferimento CoCoCo	1. Stesura testo 2. Controllo amministrativo 3. Adozione delibera tramite sistema ADweb 4. Pubblicazione all'Albo anche online	1. SSc 2. DA 3. Amm 4. Amm	Si	Si	7,08
Contratto	1. Stesura del contratto e firma**	1. SSc/DSc			

* La Commissione di valutazione dei candidati viene di volta in volta scelta dal Direttore Scientifico sulla base dei progetti di ricerca e delle aree di ricerca coinvolti. I componenti della commissione, presa visione dell'elenco dei partecipanti, dovranno dichiarare che non sussistono situazioni di incompatibilità tra essi e i candidati (ai sensi dell'artt. 51 e 52 del codice di procedura civile). In caso di incompatibilità il Direttore Scientifico provvederà ad individuare il sostituto.

** Lo schema di contratto è stato elaborato dall'Ufficio Affari Generali e Politiche del Personale il quale si occupa anche dei relativi aggiornamenti.

Legenda:

DSc = Direttore Scientifico
SSc = Segreteria Direzione Scientifica
DA = Direttore Amministrativo
Amm = Amministrazione

20. Precisazioni sulle procedure di acquisizione beni e servizi

L'Istituto provvede a garantire ai propri reparti tutti i beni e servizi necessari alle loro attività provvedendo ad acquisire beni e servizi per un valore annuo inferiore ai €. 40.000,00 tramite procedure amministrative autonome ai sensi del D. Lgs n° 50/2016 e s.m.i. e per gli acquisti in esclusiva a prescindere dal valore e per quelli che l'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS) non ritiene di interesse regionale o che non coinvolgono più Aziende Sanitarie.

Mentre per acquisti di valore superiore ai 40.000,00 euro si avvale, ai sensi della L.R. 21 luglio 2004 n. 20 e successive modifiche ed integrazioni, dell'Ente per la Gestione Accentrata dei Servizi Condivisi (EGAS).

Mentre per quanto riguarda l'esecuzione dei contratti sia per quelli individuati da EGAS sia per quelli individuati dal CRO, gli stessi vengono gestiti direttamente dal CRO.

Ciò premesso le procedure d'acquisto si possono così classificare:

- Procedure centralizzate gestite da EGAS: riguardano acquisizioni di beni/servizi richiesti da più aziende sanitarie, gestite direttamente da EGAS e con commissioni giudicatrici composte da personale proveniente da diverse aziende del SSR. Il procedimento amministrativo è in capo a EGAS, che è ente appaltante. In tale contesto il CRO propone, in base alla specificità di ciascuna gara e all'interesse per la gara stessa, un componente: a seguito di tale proposta e preso atto delle proposte avanzate dalle altre Aziende Sanitarie interessate alla gara, EGAS definisce la composizione della commissione giudicatrice.
- Procedure gestite da EGAS per conto di una singola azienda: riguardano acquisizioni di beni/servizi richiesti da una singola azienda sanitaria, nel nostro caso il CRO, in cui EGAS ha il ruolo di stazione appaltante, e con commissioni giudicatrici composte da personale del CRO, il procedimento amministrativo è in capo ad EGAS: in tale contesto il CRO propone il capitolato tecnico di gara, propone i componenti della commissione tecnico/giudicatrice. Le funzioni di segretario verbalizzante sono svolte tipicamente da personale di EGAS.

Fermo restando che per l'acquisto di beni e servizi, a prescindere dal valore, se il bene è presente in una delle convenzioni Consip, si accede a quest'ultime.

Procedura in cui il CRO è stazione appaltante

Si distinguono:

- Procedure per affidamento di lavori e servizi per l'ingegneria.
- Per i lavori il CRO risulta essere sempre Stazione Appaltante e provvede alle acquisizioni in base alla normativa vigente D.Lgs n. 50/2016 s.m.i.
- Procedure per l'affidamento di forniture di beni e servizi di cui all'Art. 63, comma 2, lettera b del D. Lgs. n.50/16 (esclusività) a prescindere dal valore economico;
- Procedure per l'affidamento di beni e servizi di valore inferiore a €. 40.000,00 si applica l'art.36 del D. Lgs. n. 50/16. In tale ambito il CRO opera mediante il Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA), quando è presente il meta prodotto o in alternativa tramite procedura negoziata con documenti amministrativi in forma cartacea.

21. Attori interni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano, nonché canali e strumenti di partecipazione

Oltre al Responsabile per la prevenzione della corruzione e al Responsabile per la Trasparenza, hanno partecipato alla stesura del piano i Referenti del Responsabile PC.

Si precisa che nessuna delle figure coinvolte nella elaborazione del Piano e nell'attività di analisi del rischio dispone delle competenze tipiche di un "risk management".

22. Individuazione degli attori esterni all'amministrazione che hanno partecipato alla

predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione

Procedura aperta alla consultazione per l'aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della corruzione – PTPC 2018-2020 comprensivo del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità – PTTI 2018-2020

Pubblicato su “Amministrazione Trasparente”, “Altri contenuti”, “Prevenzione della Corruzione” e “Amministrazione Trasparente”, “Altri contenuti”, “Trasparenza”

Pubblicato con avviso Prot. n. 18923 del 06.11.2017 con scadenza 30.11.2017.

23. Indicazione di canali, strumenti e iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano

Il PTPC 2018-2020 viene pubblicato sul sito istituzionale www.cro.sanita.fvg.it, link (dalla homepage) “*amministrazione trasparente*”, sezione “*altri contenuti*”, “*Prevenzione della corruzione*”.

La pubblicazione è a tempo indeterminato sino ad eventuale revoca del Piano

24. Misure di prevenzione

Le misure di prevenzione da adottare al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio sono distinte, coerentemente alle indicazioni del PNA, in due categorie:

- misure obbligatorie**, la cui applicazione è imposta dalla legge o da altre fonti normative;
- misure ulteriori**, che pur non essendo obbligatorie per legge sono rese tali dal loro inserimento nel PTPC.

Le misure di prevenzione obbligatorie sono esplicitate nel successivo paragrafo. L'All. 1 riporta in forma tabellare le attività programmate per il triennio di vigenza del presente PTPC per ciascuna misura, la relativa tempistica ed i soggetti deputati alla loro attuazione anche al fine di realizzare un collegamento reale con il ciclo delle *performance*.

In relazione alle **misure di prevenzione ulteriori** è stato ritenuto opportuno, anche per una più agevole lettura e applicazione, evidenziare la distinzione tra:

- a) misure ulteriori di **carattere trasversale**, per le quali si rimanda al § 31;
- b) misure ulteriori per **i processi peculiari dell'Istituto**. Tali misure sono riportate in dettaglio nelle schede di programmazione del presente PTPC (All. 3).

25. Misure di prevenzione obbligatorie

• Adempimenti in materia di trasparenza

Per la descrizione delle misure adottate e da adottare in materia di trasparenza si rinvia all'apposita sezione del presente PTPC (Allegato 1).

• Codice etico e di comportamento aziendale

Nell'intento di assicurare la qualità dei servizi delle Pubbliche Amministrazioni, la prevenzione dei fenomeni corruttivi, nonché il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e

servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico in ossequio a quanto previsto dall'art. 54 D.Lgs. 165/2001, come sostituito dall'art. 1 c. 44 L. 190/2012, è stato emanato in data 16.04.2013 il D.P.R. 62/2013 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.

La *ratio* sottesa a tale previsione legislativa è la definizione degli obblighi e dei comportamenti che devono essere rispettati dai dipendenti pubblici ed in particolare dai Dirigenti ai quali è dedicata una specifica sezione del Codice.

L'art. 2, c. 3 del Codice prevede l'estensione degli obblighi di condotta anche nei confronti di tutti i collaboratori o consulenti dell'amministrazione, dei titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'amministrazione. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l'Istituto inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi di condotta previsti.

In attuazione di quanto previsto dall'art. 54, c. 5 D.Lgs. 165/2001 e dall'art. 1, c. 2 del D.P.R. n. 62/2013 che impongono ad ogni Pubblica Amministrazione di adottare un proprio Codice che integri e specifichi i contenuti e le direttive del “Codice di comportamento nazionale” approvato con D.P.R. n. 62/2013, l'Istituto ha adottato il Codice di Comportamento aziendale (deliberazione n. 25 in data 23.01.2014) che è stato rivisto e integrato con il nuovo Codice etico e di comportamento aziendale approvato con deliberazione n. 186 in data 20.06.2017.

La violazione dei doveri contenuti nei Codici di comportamento, nazionale e aziendale, compresi quelli relativi all'attuazione del presente PTPC è fonte di responsabilità disciplinare e rileva altresì ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi e regolamenti.

Tutti i Responsabili delle strutture in cui si articola l'Istituto, l'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD) e le strutture di controllo interno vigilano sul rispetto dei Codici.

Il RPC cura:

- la pubblicazione dei Codici sul sito istituzionale;
- la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento (nazionale ed interno) nell'Istituto che attraverso attività di formazione del personale;
- il monitoraggio annuale sulla loro attuazione;
- la comunicazione all'A.N.A.C. dei risultati del monitoraggio.

Ai suddetti fini opera in stretto raccordo con l'UPD che integra i propri compiti curando altresì l'aggiornamento del Codice etico e di comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazioni dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie previste per la tutela del dipendente che segnala illeciti ai sensi dell'art. 54 *bis* D.Lgs. 165/2001.

• **Rotazione del personale**

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di prevenzione fondamentale in quanto l'alternanza di più soggetti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazione ed utenti tali da dar luogo a fenomeni corruttivi. Tuttavia la rotazione del personale costituisce una misura complessa in quanto contrastante con il principio di continuità dell'azione amministrativa fondata sulla valorizzazione della professionalità acquisita dal dipendente. Ciò premesso può risultare utile per l'applicazione di tale misura considerare la tipologia di attività: per quelle “fungibili” sarà possibile attuare la rotazione del personale addetto, mentre risulterà arduo applicare il principio *de quo* per il personale che svolge attività “specialistiche” in quanto per tali ipotesi sarà più

difficile contemperare la rotazione con le esigenze di economicità ed efficienza dell'azione amministrativa.

Il paragrafo VII – SANITA' del PNA 2016 , al Capitolo “Rotazione del Personale” ha inteso fornire, alle aziende sanitarie indicazioni generali di tipo organizzativo e di pianificazione strategica, che inducano un percorso virtuoso finalizzato a rendere praticabile la rotazione degli incarichi nell'organizzazione sanitaria attraverso un'adeguata programmazione nei tempi e nelle modalità, secondo criteri che non vadano a detrimento del principio di continuità dell'azione amministrativa.

La rotazione va intesa come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Il PNA ha riconosciuto il fatto che l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

Anche per quanto attiene il personale dirigenziale, la rotazione dei responsabili dei settori più esposti al rischio di corruzione presenta delle criticità particolari. I dirigenti, infatti, per il tipo di poteri che esercitano e per il fatto di costituire un riferimento per il personale dipendente, sono le figure la cui funzione e azione – ove abusata- può provocare danni consistenti. Si tratta quindi di figure che dovrebbero essere maggiormente soggette a ruotare.

Per quanto riguarda la dirigenza professionale-tecnica-amministrativa si deve far presente che:

- dal 01.12.2015 ha preso servizio (in comando da altra azienda del SSN) un nuovo dirigente amministrativo al quale è stato conferito l'incarico di Direttore della struttura complessa Approvvigionamenti, Economato e Logistica.
- dal 14.11.2016 ha preso servizio un dirigente amministrativo a tempo indeterminato presso l'Ufficio del Personale (già a tempo determinato).
- dal 01.02.2017 ha preso servizio una nuova figura di dirigente amministrativo a tempo indeterminato presso l'Ufficio del Personale.
- dal 02.11.2017 ha preso servizio un nuovo dirigente ingegnere a tempo indeterminato all'interno della Struttura Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-strutturali e Informatiche.

Ciò premesso si può considerare che la rotazione dei dirigenti nei settori più a rischio (personale, tecnico e acquisizione beni e servizi) si sia sostanzialmente verificata nel corso degli ultimi due anni e che quindi la rotazione in tali settori non debba essere effettuata nel prossimo triennio.

Il PNA 2016 prevede che, ove non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi. Al riguardo è stata prevista, quale misura di prevenzione della corruzione, la collegialità nella verifica dei requisiti previsti dalle normative di riferimento, coordinata dai Responsabili delle SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica, Legale Affari Generali e Gestione Risorse Umane, Gestione Risorse Economico-Finanziarie, dei Dirigenti della SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche e della SOS Gestione del Personale e la presenza dei funzionari dei rispettivi uffici che sono coinvolti nei processi nel rispetto del principio di rotazione; in tal modo si realizza la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra i collaboratori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza interna delle attività o ancora l'articolazione delle competenze (c.d. “segregazione delle funzioni”). Si

ricorda che la misura costituirà obiettivo strategico di carattere organizzativo contenuto nelle schede delle strutture sopra indicate.

26. Conflitto di interesse

Il tema del “conflitto di interessi” è di particolare rilievo nel settore degli appalti pubblici in sanità, in seguito all’entrata in vigore del D. Lgs. n. 50/2016 (nuovo codice dei contratti pubblici) dove ha trovato una specifica trattazione all’art.42.

Il concetto di “conflitto di interessi” è definito nell’ordinamento italiano dalla Legge 20.7.2004, n.215 come situazione che sussiste quando il titolare di cariche di governo partecipa all’adozione di un atto, anche formulando la proposta o omettendo un atto dovuto, trovandosi in situazione di incompatibilità ovvero avendo l’atto o l’omissione un’incidenza specifica e preferenziale sul patrimonio del titolare, del coniuge o dei parenti entro il secondo grado o delle imprese o società da essi controllate, con danno per l’interesse pubblico.

In linea generale, pertanto, un “conflitto di interessi” implica un contrasto tra la mission pubblica e gli interessi privati di un dipendente pubblico, in cui quest’ultimo possiede a titolo privato o personale interessi che potrebbero influire indebitamente sull’assolvimento dei suoi obblighi e delle sue responsabilità pubblici.

Il conflitto di interessi viene classificato in:

- *reale*: è la situazione in cui l’interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona (agente) tende a interferire con l’interesse primario di un’altra parte (principale), verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità.
- *apparente*: è la situazione in cui l’interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona può apparentemente tendere a interferire, agli occhi di osservatori esterni, con l’interesse primario di un’altra parte, verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità, ma, di fatto, non è così.
- *potenziale*: è la situazione in cui l’interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona potrebbe potenzialmente tendere a interferire con l’interesse primario di un’altra parte, verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità.

Di recente il tema del conflitto di interessi è stato trattato dal D.P.R. 62/2013 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.

In particolare, l’art.5 fa espresso divieto ai dipendenti di partecipare ad associazioni o ad organismi i cui fini siano in contrasto con quelli perseguiti dall’Ente; sussiste in ogni caso un obbligo di tempestiva comunicazione nel caso in cui gli stessi partecipino ad associazioni od organizzazioni i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento di attività d’ufficio, esclusa l’adesione a partiti politici o sindacati.

Destinataria delle suddette comunicazioni è la SOC LAGRU – SOS Gestione del Personale, alla quale compete la valutazione della sussistenza delle eventuali condizioni che integrino ipotesi di incompatibilità, anche potenziale, cui consegue l’obbligo di astensione.

L’art.6, comma1, prevede che i dipendenti comunichino al responsabile della struttura di assegnazione tutti i rapporti di collaborazione propri, o di parenti o affini entro il secondo grado, o del coniuge o del convivente, con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti e intrattenuti negli ultimi tre anni, precisando se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti al proprio ufficio, limitatamente alle attività ad essi affidate.

E' inoltre vietato avere direttamente o indirettamente interessi economici in enti, imprese e società che operano in settori di interesse istituzionale dell'Istituto.

Da ultimo l'art.6 prevede l'obbligo di astensione dei dipendenti dalla propria attività di ufficio in ogni ipotesi di conflitto di interessi, anche potenziali:

- personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado;
- di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici

L'art.7 del D.P.R. 62/2013 contiene una clausola generale che si riferisce a qualsiasi ipotesi di conflitto di interesse, prevedendo un corrispondente obbligo di astensione, anche nel caso in cui non si concretizzi un vero e proprio conflitto, bensì solo gravi ragioni di convenienza.

Per quanto riguarda il personale dirigenziale, l'art.13 del D.P.R. 62/2013 contiene disposizioni particolari prevedendo che, prima di assumere le funzioni, i dirigenti sono tenuti a comunicare:

- le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge;
- se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio;
- le informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche previste dalla legge.

Per quanto attiene agli adempimenti in materia di conflitto di interessi si riporta l'obiettivo assegnato per il 2018

OBIETTIVO	TEMPISTICA	INDICATORI	STRUTTURA COMPETENTE
Obblighi di comunicazione e di astensione	30/6/2018	Richiesta a tutto il personale dipendente dichiarazioni art.5, 6 e 13 DPR 62/2013	SS GESTIONE DEL PERSONALE

27. Il conflitto di interessi nel settore degli appalti pubblici

L'art.42 del D.Lgs. n. 50/2016 reca una specifica previsione sulla individuazione e risoluzione di conflitti di interesse che possono essere percepiti quale minaccia all'imparzialità e all'indipendenza del personale della stazione appaltante.

Nel settore degli *“acquisti in ambito sanitario”* il conflitto di interessi scaturisce dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i beni acquistati.

Ai sensi dell'art.42, comma 2 del D.Lgs. 50/2016 si ha conflitto di interessi quando il personale di una stazione appaltante *“interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato o ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione”*. Lo stesso articolo 42 definisce, in particolare, le situazioni di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione prevista dall'art.7 del D.P.R. 62/2013 riportato di seguito:

“Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di

conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza”.

Tale previsione trova applicazione anche nella fase di esecuzione dei contratti pubblici.

La presenza, anche potenziale, di un conflitto di interessi determina la necessaria astensione del personale che è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante.

La violazione dell'obbligo di astensione è causa di responsabilità disciplinare, ferma restando quelle amministrativa e penale.

Premesso che l'Istituto è tenuto a prevedere misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione, nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni in modo da garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici, si ritiene che i principali strumenti per la gestione dei conflitti di interessi non possono prescindere dalla definizione di un modello di gestione dei conflitti di interesse e l'informazione dei professionisti coinvolti.

28. Commissioni di gara

L'art.77 del nuovo Codice degli appalti pubblici disciplina le cause di incompatibilità e di astensione dei commissari di gara che si riportano di seguito:

- non aver svolto alcuna funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto dei cui affidamento si tratta (art.77 comma 4 D.Lgs. 50/2016)
- di non aver ricoperto nel biennio antecedente all'indizione della procedura di aggiudicazione, cariche di pubblico amministratore presso l'Amministrazione che intende affidare il contratto (art.77 comma 5 D.Lgs. 50/2016)
- di non aver concorso, in qualità di membro di commissioni giudicatrici, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi (art. 77 comma 6, D.Lgs. 50/2016)

29. La dichiarazione relativa al conflitto di interesse

La dichiarazione di assenza di conflitto di interessi costituisce un obbligo da ottemperare immediatamente al fine di salvaguardare la procedura di gara e il dipendente stesso.

Tale dichiarazione costituisce strumento di prevenzione dei conflitti teso a:

- sensibilizzare i dipendenti al rischio di conflitti di interesse;
- indicare i settori a rischio da considerare nel controllo della gestione;
- evitare che i dipendenti, in una fase successiva, siano accusati di mancata comunicazione di situazioni di conflitto;
- tutelare la regolarità della procedura e, quindi, salvaguardare gli interessi dell'Ente;

La dichiarazione va sottoscritta all'atto della nomina o, comunque, prima dell'inizio dello svolgimento dell'incarico e va consegnata al responsabile del procedimento.

Tale obbligo dovrebbe valere almeno per il personale che contribuisce alla stesura della procedura di

gara (bando, capitolato) e per i membri della commissione di gara.

30. Contenuti della dichiarazione

La dichiarazione deve contenere:

- riferimento alla procedura di appalto
- nome, cognome, data di nascita del firmatario nonché il ruolo svolto nell'ambito della procedura
- la data di sottoscrizione
- l'assenza di conflitti di interessi in relazione al procedimento cui la dichiarazione si riferisce
- l'obbligo di comunicare qualsiasi variazione dello status dichiarato
- le conseguenze della mancata comunicazione di conflitto di interessi

La dichiarazione va resa sotto forma di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio (artt.46 e 46 D.P.R.445/2000) – secondo i modelli in uso presso l'Ente.

In attuazione di tali disposizioni i controlli possono essere fatti a campione o qualora vi siano fondati dubbi sulla loro veridicità.

31. Strumenti di controllo delle dichiarazioni

I principali strumenti di controllo e verifica delle dichiarazioni rese sono:

- verifica del testo della dichiarazione ed esame delle situazioni di conflitto indicate dallo stesso dichiarante
- segnalazioni ricevute dall'esterno
- elementi desumibili da fatti notori
- ogni altro elemento utile a disposizione

32. Raccolta e conservazione delle dichiarazioni

Per ciascuna procedura devono essere garantiti l'archiviazione ed il monitoraggio delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse, mediante la tenuta di un registro all'uopo dedicato da parte della struttura procedente, da realizzarsi entro il 30 giugno 2018.

Il monitoraggio della procedura e l'aggiornamento dei dati sono direttamente connessi alla realizzazione delle misure organizzative previste dal PNA 2016 e costituiscono obiettivo strategico.

OBIETTIVO	TEMPISTICA	INDICATORI	STRUTTURA COMPETENTE
Costituzione registro archiviazione dichiarazioni conflitto di interessi	30/6/2018	Registrazione progressiva delle dichiarazioni conflitto di interessi con indicazione della procedura di riferimento	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico strutturali e Informatiche

33. Procedura per la gestione dei conflitti di interesse

Qualora in seguito ai controlli, si accerti la sussistenza di un conflitto di interessi di natura

amministrativa, l'Amministrazione può:

- adottare misure/sanzioni disciplinari o amministrative a carico del funzionario interessato;
- annullare il contratto/l'atto viziato dal conflitto di interessi e ripetere la parte della procedura in questione;
- mettere in correlazione i propri risultati con altri dati e utilizzarli per effettuare un'analisi dei rischi;

Qualora il conflitto di interessi abbia carattere penale ne va data comunicazione alla Procura.

Sul conflitto di interessi decide il dirigente responsabile della struttura di assegnazione o il direttore amministrativo per i dirigenti, avvalendosi, qualora necessario, del RPCT.

34. Inconferibilità – incompatibilità incarichi dirigenziali

Il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, ha dettato nuove norme in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ai sensi dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge n. 190 del 2012.

Il provvedimento introduce alcune ipotesi di incompatibilità e di inconferibilità degli incarichi amministrativi di vertice, degli incarichi dirigenziali interni e degli incarichi dirigenziali esterni.

L'inconferibilità è una situazione di contrasto tra uno status e situazioni diverse, non può essere rimossa ma rimane uno stato di fatto. Come tale preclude, in via permanente o temporanea, l'attribuzione dell'incarico a un determinato soggetto.

L'incompatibilità consiste nell'obbligo per il destinatario dell'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico o lo svolgimento di attività con questo incompatibili. La dichiarazione di incompatibilità deve contenere altresì l'obbligo per l'interessato di comunicare ogni intervenuta variazione.

La normativa sulla incompatibilità e inconferibilità è stata oggetto di due Delibere dell'ANAC in ordine alla interpretazione e all'applicazione del D.Lgs. 39 /2013 alla Dirigenza del settore sanitario.

Inizialmente con Delibera n. 58 /2013 si era ritenuto che le cause di inconferibilità e incompatibilità previste dalla normativa in oggetto non potessero ritenersi applicabili esclusivamente agli organi di vertice delle Aziende Sanitarie (Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) ma –inevitabilmente- anche ai dirigenti con responsabilità generale, ai direttori di strutture complesse) nonché ai dirigenti di strutture semplici non inserite in strutture complesse.

Successivamente a seguito della pronuncia del Consiglio di Stato n. 5583/2014 secondo la quale *"...appare chiaro ed inequivocabile, dunque, che il legislatore delegato ha dettato una disciplina speciale per il personale delle Aziende sanitarie locali; ed ha fatto ciò in pedissequa applicazione del criterio imposto dalla legge delega, e precisamente dall'art. 1, comma 50, lettera (d). Questo prevede esplicitamente una disciplina apposita per il personale delle A.S.L. e delle Aziende ospedaliere al fine di «comprendere» nel regime dell'incompatibilità i tre incarichi di vertice (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo)", l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha adottato la Delibera n.149 del 22 dicembre 2014 interamente sostitutiva della precedente ed ha espressamente precisato che "le ipotesi di incompatibilità e inconferibilità presso le ASL devono intendersi applicabili solo con riferimento agli incarichi di Direttore generale, amministrativo e sanitario.....".*

L'Istituto prende atto dell'interpretazione fornita dall'ANAC; restano ovviamente ferme tutte le altre disposizioni (e relativi adempimenti e responsabilità) in materia di incompatibilità per il personale del SSN dettate da disposizioni diverse nonché le disposizioni di cui al DPR 62/2013 "Regolamento

recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e in particolare l'art.6 "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse " e l'art. 7 "Obbligo di astensione" e dal Codice di comportamento dei dipendenti recentemente approvato .

Al fine di realizzare la relativa misura di prevenzione il responsabile della SOC Affari Generali e Gestione del Personale ha acquisito nell'anno 2017 le dichiarazioni relative all'insussistenza di cause di inconferibilità del Direttore Generale, del Direttore Sanitario, del Direttore Scientifico e del Direttore Amministrativo.

35. Astensione in caso di conflitto di interesse

Il dipendente (e gli altri soggetti individuati come destinatari del presente Piano) si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o a svolgere attività nei casi di cui all'art. 6, comma 2 e art. 7 del D. Lgs. n. 62/2013, e qualora sorga l'obbligo di astensione deve darne comunicazione (vedi allegato 6) al proprio responsabile, e per conoscenza al dirigente della Struttura di appartenenza, entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza. Qualora l'obbligo di astensione sorga a carico di un dirigente, questi deve comunicarlo secondo la predetta tempistica al responsabile della Struttura di appartenenza e al Direttore del Dipartimento di afferenza.

Il dirigente esamina le circostanze e valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

Il dirigente destinatario della segnalazione deve rispondere per iscritto (allegato 7) al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

I provvedimenti relativi alle astensioni sono comunicati al RPC.

La mancata presentazione della richiesta di astensione, nel caso in cui sorga tale obbligo, costituisce violazione dei doveri del pubblico dipendente, oltre a costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso.

Tutti i dirigenti degli uffici amministrativi e , per quanto riguarda il personale del comparto, solamente coloro che a qualsiasi titolo partecipano ai procedimenti/attività di seguito specificati, in ordine alla comunicazione di interessi finanziari, conflitti di interesse e obbligo di astensione, devono presentare apposita autocertificazione (allegato 8) al Responsabile della Struttura/Direttore di dipartimento entro il 31 gennaio di ogni anno e ogni volta in cui vi sia una modifica della situazione precedentemente dichiarata:

- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi, forniture;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione di personale e progressioni di carriera;
- procedure selettive per il conferimento di incarichi(collaborazioni a soggetti esterni);
- liquidazione e pagamento di somme in favore di soggetti terzi a qualunque titolo;
- registrazione fatture, emissioni mandati di pagamento e controlli tecnico-contabili sui provvedimenti di liquidazione e pagamento.

Il predetto responsabile dovrà custodire le autocertificazioni ricevute, effettuare le prescritte verifiche sulle stesse e adottare i relativi provvedimenti consequenziali; la mancata presentazione/aggiornamento della predetta autocertificazione costituisce violazione dei doveri del pubblico dipendente.

36. Attività successive alla cessazione dal servizio

La L. 190/12 ha introdotto all'art. 53 D. Lgs. 165/2001 il comma 16 *ter*: "*I dipendenti che, negli*

ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”.

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la “convenienza” di accordi fraudolenti.

L'applicazione della misura relativa a tale disposizione normativa è stata realizzata nei seguenti termini:

- nei contratti di assunzione del personale tecnico e amministrativo a partire dalla categoria C e dirigenziale con incarico di direzione di struttura complessa o semplice dipartimentale un'apposita clausola che sancisca il divieto di prestare attività, a titolo di lavoro subordinato o autonomo, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di impiego con l'Istituto in favore dei soggetti privati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi adottati o conclusi con l'apporto decisionale del dipendente medesimo negli ultimi tre anni di servizio, pena la nullità del contratto di lavoro/incarico dell'ex dipendente con il soggetto privato e fatta salva l'azione giudiziale dell'Istituto diretta ad ottenere il risarcimento del danno nei confronti dell'ex dipendente;
- nei bandi di gara e nei capitolati speciali apposita clausola che faccia espresso riferimento alla condizione soggettiva degli operatori economici partecipanti di non avere concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non avere attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'Istituto nel triennio successivo alla cessazione del loro rapporto di impiego e che negli ultimi tre anni di servizio presso il CRO abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali nei confronti degli stessi soggetti privati, prevedendo l'esclusione dalla procedura di affidamento in caso emergano le predette situazioni. Si prevede inoltre l'obbligo in capo agli stessi partecipanti di restituire all'Istituto eventuali compensi illegittimamente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo. Tale clausola deve essere inserita altresì nelle dichiarazioni sostitutive rese dai partecipanti alle procedure di affidamento.

37. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la p.a.

L'art. 35 *bis*, inserito dalla L. 190/2012 nell'ambito del D.Lgs. 165/2001, introduce alcune condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

Più precisamente esso sancisce che: “1. *Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:*

- a) *non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*
- b) *non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi*

economici a soggetti pubblici e privati;

- c) *non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.*

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari."

Si dovrà provvedere a verificare l'eventuale sussistenza di sentenze penali di condanna anche non passate in giudicato per i reati suindicati in capo ai soggetti che:

a) si intendano nominare quali componenti di:

- commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, anche con sole funzioni di segreteria;
- commissioni per l'affidamento di commesse di qualunque genere (beni, servizi e forniture);
- commissioni per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere;

La verifica è effettuata mediante acquisizione d'ufficio o dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000 all'atto della formazione della commissione, del conferimento dell'incarico, nonché tempestivamente nel caso di incarichi già effettuati alla data di entrata in vigore della L. 190/2012.

Dell'accertata assenza di precedenti penali deve essere fatta espressa menzione nel relativo provvedimento di nomina/conferimento. Nel caso in cui venga accertata la sussistenza di una causa ostativa non si potrà procedere alla nomina/incarico e se la causa ostativa si appalesa nel corso del rapporto, anche con riferimento a nomine o incarichi conferiti prima dell'entrata in vigore dell'art. 35 *bis* D. Lgs. 165/2001, il RPC effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o dalla funzione di componente della commissione.

La violazione del c. 1 lett. a) dell'art. 35 *bis* determina l'illegittimità del relativo provvedimento conclusivo del procedimento.

38. Tutela del whistleblower

L'Autorità nazionale anticorruzione il 28 aprile 2015 ha approvato, dopo un periodo di "consultazione pubblica", le "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)" (determinazione n. 6 del 28 aprile 2015, pubblicata il 6 maggio 2015).

La tutela del whistleblower è un dovere di tutte le amministrazioni pubbliche le quali, a tal fine, devono assumere "concrete misure di tutela del dipendente" da specificare nel Piano triennale di prevenzione della corruzione.

La legge 190/2012 ha aggiunto al d.lgs. 165/2001 l'articolo 54-bis.

La norma prevede che il pubblico dipendente che denunci all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, o all'ANAC, ovvero riferisca al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non possa "essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia".

L'articolo 54-bis delinea una "protezione generale ed astratta" che, secondo ANAC, deve essere completata con concrete misure di tutela del dipendente. Tutela che, in ogni caso, deve essere assicurata

da tutti i soggetti che ricevono la segnalazione.

Il Piano nazionale anticorruzione prevede, tra azioni e misure generali per la prevenzione della corruzione e, in particolare, fra quelle obbligatorie, che le amministrazioni pubbliche debbano tutelare il dipendente che segnala condotte illecite.

Il PNA impone alle pubbliche amministrazioni, di cui all'art. 1 comma 2 del d.lgs. 165/2001, l'assunzione dei *"necessari accorgimenti tecnici per dare attuazione alla tutela del dipendente che effettua le segnalazioni"*.

Le misure di tutela del *whistleblower* devono essere implementate, *"con tempestività"*, attraverso il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC).

Con la citata determinazione ANAC ha previsto che, al fine di rafforzare le misure a tutela della riservatezza dell'identità del segnalante, le amministrazioni introducano nei Codici di comportamento, adottati ai sensi dell'art. 54, comma 5, del citato d.lgs. n. 165/2001, forme di responsabilità specifica sia in capo al Responsabile della prevenzione della corruzione sia nei confronti dei soggetti che gestiscono le segnalazioni e che fanno parte, per esigenze di tutela del segnalante, di un gruppo ristretto a ciò dedicato. Si rammenta, comunque, che ai sensi dell'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012 la violazione da parte di dipendenti dell'amministrazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nel Piano di prevenzione della corruzione, ivi compresa la tutela del dipendente che segnala condotte illecite ai sensi dell'art. 54-bis, è sanzionabile sotto il profilo disciplinare.

L'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001 prevede espressamente che il dipendente pubblico possa segnalare le *«condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro»*.

A. Ad avviso dell'Autorità, le condotte illecite oggetto delle segnalazioni meritevoli di tutela comprendono non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione di cui al Titolo II, Capo I, del codice penale (ossia le ipotesi di corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio e corruzione in atti giudiziari, disciplinate rispettivamente agli artt. 318, 319 e 319-ter del predetto codice), ma anche le situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati, nonché i fatti in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un mal funzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite, ivi compreso l'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*. Si pensi, a titolo meramente esemplificativo, ai casi di sprechi, nepotismo, demansionamenti, ripetuto mancato rispetto dei tempi procedurali, assunzioni non trasparenti, irregolarità contabili, false dichiarazioni, violazione delle norme ambientali e di sicurezza sul lavoro.

Ciò appare in linea, peraltro, con il concetto di corruzione preso a riferimento nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1/2013 e soprattutto nell'attuale PNA (§ 2.1), volto a ricomprendere le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Il RPC riceve le segnalazioni alla casella di posta elettronica: anticorruzione@cro.it

B. Le condotte illecite segnalate, comunque, devono riguardare situazioni di cui il soggetto sia venuto direttamente a conoscenza «in ragione del rapporto di lavoro» e, quindi, ricomprendono certamente quanto si è appreso in virtù dell'ufficio rivestito ma anche quelle notizie che siano state acquisite in occasione e/o a causa dello svolgimento delle mansioni lavorative, seppure in modo casuale. In caso di trasferimento, comando, distacco (o situazioni analoghe) del dipendente presso un'altra amministrazione, questi può riferire anche di fatti accaduti in un'amministrazione diversa da quella in cui presta servizio al momento della segnalazione. In tale ipotesi, l'amministrazione che riceve la segnalazione la inoltra comunque all'amministrazione cui i fatti si riferiscono, secondo criteri e modalità da quest'ultima stabilite, o all'A.N.AC..

Non sono invece meritevoli di tutela le segnalazioni fondate su meri sospetti o voci: ciò in quanto è necessario sia tenere conto dell'interesse dei terzi oggetto delle informazioni riportate nella

segnalazione, sia evitare che l'amministrazione o l'ente svolga attività ispettive interne che rischiano di essere poco utili e comunque dispendiose. In ogni caso, considerato lo spirito della norma - che è quello di incentivare la collaborazione di chi lavora all'interno delle pubbliche amministrazioni per l'emersione dei fenomeni corruttivi - ad avviso dell'Autorità non è necessario che il dipendente sia certo dell'effettivo avvenimento dei fatti denunciati e dell'autore degli stessi, essendo invece sufficiente che il dipendente, in base alle proprie conoscenze, ritenga altamente probabile che si sia verificato un fatto illecito nel senso sopra indicato.

Nel caso si ravvisino elementi di non manifesta infondatezza del fatto, il Responsabile inoltra la segnalazione ai soggetti terzi competenti - anche per l'adozione dei provvedimenti conseguenti - quali:

- il dirigente della struttura in cui si è verificato il fatto per l'acquisizione di elementi istruttori, solo laddove non vi siano ipotesi di reato;
- l'ufficio procedimenti disciplinari, per eventuali profili di responsabilità disciplinare;
- l'Autorità giudiziaria, la Corte dei conti e l'A.N.AC., per i profili di rispettiva competenza;
- il Dipartimento della funzione pubblica.

La tutela della riservatezza del segnalante va garantita anche nel momento in cui la segnalazione viene inoltrata a soggetti terzi.

Nel caso di trasmissione a soggetti interni all'amministrazione, dovrà essere inoltrato solo il contenuto della segnalazione, espungendo tutti i riferimenti dai quali sia possibile risalire all'identità del segnalante. I soggetti interni all'amministrazione informano il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'adozione di eventuali provvedimenti di propria competenza.

Nel caso di trasmissione all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei conti o al Dipartimento della funzione pubblica, la trasmissione dovrà avvenire avendo cura di evidenziare che si tratta di una segnalazione pervenuta da un soggetto cui l'ordinamento riconosce una tutela rafforzata della riservatezza ai sensi dell'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001.

L'articolazione della procedura nelle diverse fasi è schematizzata, a puro titolo esemplificativo, nell'allegato alla determinazione ANAC n. 6/2015 che si riporta all'allegato n. 9.

Il PNA 2016 ha sottolineato la necessità che la segnalazione, ovvero la denuncia, sia "in buona fede": la segnalazione è effettuata nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione; l'istituto, quindi, non deve essere utilizzato per esigenze individuali, ma finalizzato a promuovere l'etica e l'integrità nella pubblica amministrazione.

Particolare attenzione deve essere posta dai vertici dell'amministrazione e dal RPCT affinché non si radichino, in conseguenza dell'attività svolta dal RPCT, comportamenti discriminatori.

Il PNA 2016 richiama le pubbliche amministrazioni al rispetto dell'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001 e, in particolar modo, si evidenzia che non vi è una gerarchia fra i canali di segnalazioni previsti dal legislatore, non dovendosi, quindi, sanzionare (disciplinarmente) il dipendente che non si rivolge all'interno della propria amministrazione per denunciare situazioni di *maladministration*.

Il PNA 2016 fa inoltre presente che l'Autorità si sta dotando di una piattaforma *Open Source* basata su componenti tecnologiche stabili e ampiamente diffuse: si tratta di un sistema in grado di garantire, attraverso l'utilizzazione di tecnologie di crittografia moderne e standard, la tutela della confidenzialità dei questionari e degli allegati, nonché la riservatezza dell'identità dei segnalanti. La piattaforma sarà messa a disposizione delle amministrazioni, consentendo così da parte di ciascuna di esse un risparmio di risorse umane e finanziarie nel dotarsi della tecnologia necessaria per adempiere al disposto normativo.

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 291 del 14.12.2017 è stata pubblicata la legge n. 179 in data 30.11.2017 recante "*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti*

a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato". Il provvedimento tutela i cosiddetti "whistleblower", prevedendo fra l'altro che il dipendente che segnala illeciti, oltre ad avere garantita la riservatezza dell'identità, non possa essere sanzionato, demansionato, licenziato o trasferito. Per quanto riguarda la Pubblica Amministrazione, in caso di misure ritorsive dovute alla segnalazione, l'ANAC informerà il Dipartimento della Funzione pubblica per gli eventuali provvedimenti di competenza e potrà irrogare sanzioni da 5.000 a 30.000 euro nei confronti del responsabile, mentre in caso di licenziamento il lavoratore sarà reintegrato nel posto di lavoro.

Sarà onere del datore di lavoro dimostrare che eventuali provvedimenti adottati nei confronti del dipendente motivati da ragioni estranee alla segnalazione. Nessuna tutela sarà tuttavia prevista nei casi di condanna, anche con sentenza di primo grado, per i reati di calunnia, diffamazione o comunque commessi tramite la segnalazione e anche qualora la denuncia, rivelatasi infondata, sia stata effettuata con dolo o colpa grave.

Per rispondere ai nuovi compiti assegnati dalla legge, l'Autorità nazionale anticorruzione è al lavoro per predisporre apposite linee guida per la gestione delle segnalazioni e istituire un apposito ufficio che si occuperà in via esclusiva del whistleblowing.

E' in corso di acquisizione da parte dell'Istituto (gennaio 2018) un software per la segnalazione anonima basato su tecnologia "cloud".

39. Formazione del personale

La formazione del personale costituisce una fondamentale misura per la prevenzione della corruzione. Una formazione adeguata favorisce infatti:

- determinazioni decisorie assunte con maggior cognizione di causa, in quanto una più ampia ed approfondita conoscenza riduce il rischio che l'azione illecita possa essere compiuta in modo inconsapevole;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la diffusione di conoscenze omogenee tra i dipendenti, che consente di realizzare la rotazione del personale;
- l'acquisizione di competenze specifiche per lo svolgimento delle attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- il confronto tra le diverse esperienze e prassi amministrative adottate nelle varie strutture dell'Istituto, attraverso la compresenza di personale "in formazione" proveniente da realtà professionali diversificate, al fine di rendere omogenee le modalità di svolgimento dei processi amministrativi;
- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici;
- la diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

Per l'Istituto la formazione riveste un'importanza primaria nel perseguimento degli obiettivi strategici aziendali in relazione alla riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione e alla creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione.

A tal fine, nel triennio 2017-2019, l'Ente intende favorire percorsi formativi articolati su due livelli:

- livello generale: rivolto a tutti i dipendenti sui temi dell'etica e della legalità;
- livello specifico: rivolto soprattutto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ai referenti del RPCT, ai dirigenti ed al personale addetti alle aree a rischio

In ogni annualità sarà comunque garantita la prosecuzione della formazione generale, in aggiornamento obbligatorio o facoltativo, e di formazione specifica, eventualmente anche con iniziative in house o comuni con le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Il personale da inserire nei percorsi di formazione specifica è individuato dal RPCT, su proposta dei Referenti e dei Dirigenti Responsabili delle strutture organizzative dell'Ente, considerati i seguenti criteri:

- ruolo affidato al soggetto nell'ambito del processo di gestione del rischio;
- il grado di rischio dell'attività svolta;
- la responsabilità connessa all'incarico o posizione;
- numero di iniziative formative effettuate nell'ultimo biennio;

L'individuazione dei contenuti formativi e la rilevazione del fabbisogno formativo sono effettuati dai Dirigenti Responsabili delle strutture organizzative dell'Ente, in collaborazione con il RPCT.

Con apposite circolari il RPCT, d'intesa con la Direzione Strategica, rende noti gli incontri formativi, definendone la tipologia e individuando il personale coinvolto.

Le attività di formazione, data la precipua funzione di prevenzione della "corruzione", sono programmate e realizzate senza soluzione di continuità.

Il RPCT, d'intesa con il Centro Attività Formative, monitora e verifica il grado di partecipazione e il livello di gradimento della formazione erogata attraverso la somministrazione di questionari ai destinatari della stessa anche al fine di acquisire suggerimenti da valutare in sede di programmazione dei futuri percorsi formativi.

40. Rapporto con la società civile

Le azioni di sensibilizzazione sono volte a creare un dialogo con gli utenti dell'Istituto per realizzare un rapporto di fiducia e agevolare l'emersione di fenomeni corruttivi "silenti". A tal fine è stata prevista l'istituzione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) a cui può rivolgersi qualsiasi interessato per conoscere, informarsi, segnalare o semplicemente comunicare con l'Istituto.

Inoltre, al fine di rafforzare i contatti con l'utenza esterna, il RPCT è il destinatario di eventuali segnalazioni di episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi o corruzione inviate mediante posta elettronica all'indirizzo anticorruzione@cro.it

41. Monitoraggio dei tempi procedimentali

L'art. 1 c. 28 L. 190/2012 impone alle Pubbliche Amministrazioni di:

- effettuare il monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedimentali, ponendo in essere misure atte alla tempestiva eliminazione delle anomalie;
- pubblicare i risultati del monitoraggio sul proprio sito web.

Il riflesso che il rispetto dei termini di conclusione ha nella politica delle azioni di prevenzione della

corruzione è testimoniata dalle modifiche che la L.190/2012 ha apportato alla L. 241/1990 sul procedimento amministrativo.

Il rispetto dei tempi procedurali è infatti sintomo di “buona amministrazione”, ed al contempo il monitoraggio della tempistica è utile strumento per valutare eventuali comportamenti che potrebbero ricondurre a ipotesi di “corruzione”, in caso di omessa o ritardata emanazione del provvedimento finale che comporta il risarcimento del danno ingiusto cagionato dall’inosservanza dolosa o colposa del termine.

Nelle more della predisposizione di un sistema “informatizzato” che consentirà il monitoraggio costante ed in tempo reale delle tempistiche procedurali il RPCT provvede ad effettuare il monitoraggio del rispetto dei termini dei procedimenti mediante controlli a campione l’acquisizione di un report annuale redatto dai Responsabili di Struttura/Ufficio riportante altresì le motivazioni che hanno determinato gli eventuali ritardi.

42. Monitoraggio rapporti amministrazione/soggetti esterni

La L. 190/2012 impone a ciascuna amministrazione di monitorare i rapporti con i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati in procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell’amministrazione (art. 1, co. 9, lett e).

43. Informatizzazione dei processi

Tra i principali obiettivi della più recente legislazione in materia di razionalizzazione e miglioramento delle attività delle Pubbliche Amministrazioni in termini di efficienza, economicità e buon andamento si annovera il generale processo di informatizzazione delle attività, al fine di sia il rapporto interno tra gli uffici ed il dialogo tra le Pubbliche Amministrazioni, sia tra queste e gli utenti.

L’informatizzazione dei processi riveste un ruolo fondamentale anche ai fini della prevenzione della “corruzione” riducendo, da un lato, i margini di interventi “discrezionali” e agevolando, dall’altro, sistemi di gestione e controllo dell’attività amministrativa. Essa inoltre consente, per tutte le attività poste in essere dall’amministrazione, la tracciabilità delle fasi del processo e riduce quindi il rischio di “blocchi” non altrimenti monitorabili con emersione delle connesse responsabilità per ciascuna fase.

In tale quadro l’Istituto ha già da tempo informatizzato i seguenti processi e attività:

- **Protocollo informatico:** da oltre 10 anni è attivo il Sistema di Protocollo Informatico per la gestione delle attività di formazione, registrazione, classificazione, fascicolazione e conservazione dei documenti, nonché per la gestione dei flussi documentali e dei procedimenti dell’Istituto nel rispetto della normativa vigente in materia di trasparenza degli atti amministrativi, di tutela della privacy e delle politiche di sicurezza.
- **Dematerializzazione:** la gestione dei documenti informatici prodotti dall’Istituto rappresenta un obiettivo strategico essendo stati già avviati processi di dematerializzazione in diversi ambiti di azione. In particolare, l’Istituto ha già implementato un sistema di firma digitale dei documenti informatici, di referti medici, di atti deliberativi e determinazioni dirigenziali, con conseguente archiviazione digitale, rispondendo ai dettami normativi e contestualmente alla riduzione della produzione cartacea e all’ottimizzazione degli spazi, migliorando al contempo la fruibilità e l’accessibilità dei documenti nel rispetto delle norme relative all’obbligo di conservazione.
- **Sistema automatico di rilevazione presenze e gestione del personale** Tutto il personale dell’Istituto sta utilizzando un programma per la gestione delle presenze e delle assenze dal servizio (ferie, riposi compensativi e omissioni di timbratura ecc.) in luogo della modulistica cartacea.

Nel corso del 2017 la procedura sarà progressivamente estesa anche a permessi retribuiti di vario genere (lutto, matrimonio, partecipazione a concorsi ecc).

44. Controlli sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio

Tra le misure di prevenzione che ogni Pubblica Amministrazione dovrebbe adottare il PNA menziona:

- a) l'intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del DPR 445/2000 (artt. 71 e 72 del DPR n. 445/2000);
- b) la razionalizzazione organizzativa dei controlli di cui al punto a) mediante potenziamento del servizio ispettivo dell'amministrazione (art. 1, c. 62, L. 662/1996) rispetto a tutte le verifiche sulle dichiarazioni (art. 72 DPR 445/2000).

45. Misure di prevenzione ulteriori di carattere specifico

A seguito dell'attività di gestione del rischio come già descritta il RPCT ha individuato misure di prevenzione "ulteriori" a quelle prescritte dalla legge, connotate dalla specificità di riferirsi a particolari processi.

Si rimanda all'All. 3 per ogni dettaglio sulle misure di prevenzione da adottarsi, la tempistica di realizzazione, i soggetti preposti all'adozione nonché gli strumenti di verifica dell'adozione da parte del RPC.

46. Attività di monitoraggio ulteriori

Alle attività descritte nei paragrafi precedenti si aggiungono ulteriori azioni di monitoraggio che il RPC pone in essere al fine di verificare la corretta applicazione delle norme di legge e dei regolamenti in materia di anticorruzione, nonché il rispetto del PTPCT.

Il RPCT, nella sua qualità di responsabile dell'Ufficio Legale, esamina preliminarmente le proposte di delibera predisposte dagli Uffici da adottarsi da parte del Direttore Generale nell'ambito della piattaforma adweb, apponendo su ciascuna proposta apposito visto.

47. Adozione, entrata in vigore, pubblicità ed aggiornamenti del PTPCT

Comunicazione, trasmissione e pubblicazione del PTPCT.

Il presente Piano è altresì comunicato alla Regione Friuli Venezia Giulia e al Ministero della Salute. Il Piano è inoltre pubblicato sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente". Ai dipendenti e ai collaboratori è data comunicazione della pubblicazione sulla rete

Entrata in vigore e validità

Il PTPCT entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione sul sito web di Istituto ed ha validità triennale.

Aggiornamenti ed integrazioni

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 1, comma 8, della L. 190/2012 il PTPCT è aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno tenendo conto dei seguenti fattori:

- l'eventuale mutamento o integrazione della disciplina normativa in materia di prevenzione della corruzione, del PNA e delle disposizioni in materia penale;
- rischi emersi successivamente all'emanazione del PTPCT e, pertanto, non considerati in fase di

- predisposizione dello stesso;
- nuovi indirizzi o direttive emanate dall'A.N.AC. o da altri organi competenti in merito.

Il RPCT provvederà, inoltre, a proporre al Direttore Generale la modifica del PTPCT anche prima della scadenza annuale suindicata qualora interventi normativi impongano correzioni o sia necessario apportare modifiche urgenti in ordine alle strategie o misure di prevenzione originariamente previste che, a seguito di mutamenti delle circostanze esterne o interne all'organizzazione risultino inadeguate o insufficienti.

L'aggiornamento del presente PTPCT avverrà con la stessa procedura seguita per la sua adozione.

Tutti i destinatari sono tenuti a prendere atto e ad osservare il presente PTPCT.

Per quanto non espressamente previsto nel presente PTPCT, si rinvia a tutte le disposizioni vigenti.

Sezione 2^

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità

1. Introduzione: Organizzazione e funzioni dell'amministrazione

Premessa

La disciplina sulla trasparenza nelle pubbliche amministrazioni è stata oggetto di penetranti interventi normativi.

Innanzitutto, il 28 novembre 2012 è entrata in vigore la legge 6 novembre 2012, n. 190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", che ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione, e ha imposto alle amministrazioni l'adozione del piano triennale di prevenzione della corruzione. La legge ha conferito, inoltre, una delega al governo ai fini dell'adozione di un decreto legislativo per il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

In attuazione di questa delega, il governo ha adottato il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 che ha complessivamente operato una sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi e disciplinando, inoltre, le modalità per la loro realizzazione. La trasparenza è intesa come accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni con l'obiettivo di favorire un controllo diffuso sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La trasparenza assume la natura di livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m, della costituzione e il rispetto degli obblighi che da essa conseguono rappresenta un valido strumento di prevenzione e di lotta alla corruzione.

Il D.lgs. n. 33/2016 è stato modificato e integrato dal D. Lgs. 25.05.2016 n. 97.

L'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, come modificato dal d.lgs. 97/2016 ha introdotto, accanto all'accesso civico già disciplinato dal d.lgs. 33/2013, il diritto di chiunque di accedere a dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del decreto 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5 bis, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico;

L'art. 5 bis del d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016, relativo alle esclusioni e ai limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 comma 2 del medesimo decreto e, in particolare, l'art. 5 bis, comma 6, prevedono che, ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti l'Autorità nazionale anticorruzione, d'intesa con il Garante per la protezione dei dati personali e sentita la Conferenza Unificata di cui all'art. 8 del d.lgs. 281/1997, adotti linee guida recanti indicazioni operative.

Con deliberazione n. 1309 in data 28.12.2016 ANAC ha adottato le Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del D.Lgs. 33/2013 e con delibera n. 1310 ha adottato «Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016»

Il presente documento rappresenta un aggiornamento del programma triennale 2016-2018 e riporta gli interventi e le azioni di miglioramento necessari per un progressivo miglioramento dell'informazione al cittadino e della trasparenza dell'azione amministrativa dell'Istituto.

Organizzazione e funzioni dell'amministrazione

L'organizzazione e il funzionamento sono disciplinati dal nuovo atto aziendale approvato con deliberazione n. 267 del 03.11.2016.

La denominazione ufficiale dell'Ente è: "Centro di Riferimento Oncologico" di Aviano. Il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) ed è classificato come ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per l'Oncologia.

E' dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla L.R. n.14 del 10 agosto 2006 in attuazione del D.Lvo di riordino degli IRCCS n. 288/2003 e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle aziende sanitarie.

E' stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico con Decreto Interministeriale in data 31 Luglio 1990 e mantiene tuttora tale qualifica in forza del superamento delle periodiche visite di sorveglianza da parte del Ministero competente. E' un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per il tema ONCOLOGIA e si distingue per essere un'organizzazione sanitaria nella quale l'approccio alle malattie neoplastiche è caratterizzato da una completa integrazione tra ricerca, prevenzione e cura. Il malato è posto al centro di un tempestivo e coordinato intervento multidisciplinare, derivato dall'esperienza clinica coniugata con le più avanzate acquisizioni di ricerca, maturate in proprio ed a livello della comunità scientifica: tutto il percorso diagnostico terapeutico è improntato alla personalizzazione delle cure ed è caratterizzato da una forte connotazione di umanizzazione e di attenzione alle esigenze del paziente e dei suoi familiari.

L'Istituto persegue lo scopo istituzionale di promuovere ed attuare la ricerca e la cura nell'ambito delle patologie oncologiche attraverso le attività di ricerca sperimentale e clinica, quelle clinico-assistenziali, organizzative e di supporto amministrativo secondo criteri di efficacia, efficienza, equità, rispetto dei diritti dei Cittadini e dei principi di Bioetica.

Attività Scientifica

Il CRO svolge attività di ricerca nell'area dell'oncologia, sviluppando linee di ricerca concordate con il Ministero della Salute.

Tali linee corrispondono alle grandi aree che caratterizzano la ricerca clinica e traslazionale dell'Istituto e si distinguono anche per la particolare attenzione verso l'umanizzazione delle cure.

Il CRO, in coerenza con le caratteristiche e le finalità istituzionali, è altresì impegnato a sostenere la ricerca traslazionale e l'innovazione promosse dalla Regione Friuli Venezia Giulia, partecipando alle iniziative regionali e internazionali.

L'attività di produzione di conoscenze si coniuga all'attività di trasferimento e diffusione delle stesse secondo le modalità stabilite nei criteri di erogazione della Ricerca Corrente. Tali criteri vengono sviluppati dal CRO anche attraverso la partecipazione a consorzi e distretti tecnologici, finalizzati alla valorizzazione e trasferimento dei risultati nel contesto socio-economico e produttivo regionale.

Attività Clinico-assistenziale

Il CRO eroga prestazioni sanitarie di alta qualificazione a pazienti affetti da patologie oncologiche; in questo contesto è impegnato nella definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici più adeguati a soddisfare in modo ottimale le esigenze clinico-assistenziali.

L'Istituto è stato inoltre individuato quale centro di riferimento interregionale per alcune malattie rare, quali Sindrome di Gardner, Sindrome di Peutz-Jeghers, Poliposi familiare, complicanze neoplastiche della malattia celiaca che necessitano per la loro complessità di

essere monitorati da Centri con elevata esperienza nel trattamento di tali patologie e si occupa, pertanto, delle forme oncologiche su base ereditaria.

L'attività dell'Istituto è effettuata attraverso strutture organizzative che sono definite complesse o semplici sulla base di elementi caratterizzanti riferiti alla specifica attività effettuata, alla natura e quantità delle risorse umane, tecniche e tecnologiche attribuite. Le strutture complesse sono aggregate in dipartimenti sulla base della prevalenza delle attività caratteristiche, secondo criteri di omogeneità delle discipline, dei percorsi diagnostico-terapeutici e fra le categorie di personale in esse impegnato. Le strutture semplici possono essere interne alle strutture operative complesse o afferire direttamente al dipartimento, nel qual caso si qualificano come dipartimentali. Le strutture operative che non sono aggregabili nei dipartimenti per carenza di affinità delle attività caratteristiche, o che sono prevalentemente orientate alla standardizzazione ed organizzazione di attività e processi sia nel settore assistenziale che scientifico, sono aggregate nelle direzioni sanitaria, amministrativa e scientifica.

Il modello operativo, al quale l'Istituto si ispira, è quello della programmazione negoziata attraverso lo strumento di definizione degli obiettivi e verifica del raggiungimento degli stessi rappresentato dal processo di budget.

Il nuovo organigramma aziendale è quello rappresentato a pag. 9 e 10.

2. Obiettivi strategici in materia di trasparenza

Il modello organizzativo aziendale è improntato al rispetto di alcuni criteri generali:

- la lealtà di tutti i componenti dell'organizzazione verso la mission, i principi e gli obiettivi dell'Istituto e la collaborazione tra professionisti per fornire il miglior servizio al cittadino;
- la capacità di definire scelte terapeutiche focalizzate sui reali bisogni di salute del cittadino;
- l'assunzione di responsabilità e l'autonomia della dirigenza e dei vari livelli operativi, al fine di valorizzare tutte le competenze e le risorse professionali disponibili per le finalità scientifiche, clinico-assistenziali e formative dell'Istituto;
- lo sviluppo professionale e personale dei dipendenti attraverso la formazione continua per poter sapere, comunicare ed agire con appropriatezza, efficacia e competenza;
- modelli di miglioramento continuo verso l'eccellenza per sviluppare le competenze, l'utilizzo della tecnologia e l'integrazione dei percorsi sanitari in coerenza con l'evoluzione dei bisogni e delle reali esigenze dei Cittadini interessati;
- la trasparenza e l'imparzialità nell'attività clinica, di ricerca ed in quella amministrativa;
- la valutazione e il costante monitoraggio della compatibilità ambientale delle attività e di eventuali nuove progettazioni, nonché la promozione di iniziative per la tutela ambientale.

Obiettivo del presente programma è quello di consentire ai cittadini un'effettiva conoscenza dell'attività svolta e di favorire l'effettiva realizzazione di forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità, nella misura in cui l'adempimento degli obblighi di trasparenza è diretto a fare emergere ed eliminare ipotesi di cattiva gestione.

Nel corso dei precedenti programmi, l'esigenza prioritaria è stata quella di adempiere progressivamente a tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto in un'ottica di miglioramento continuo anche alla luce delle risultanze dei monitoraggi periodici: tali obblighi possono considerarsi in gran parte assolti. Nel corso del 2015 è stato completamente revisionato il sito web dell'Istituto tramite l'adozione di un più moderno

software CMS che ha semplificato l'aggiornamento dei flussi informativi compresi quelli di amministrazione trasparente. Il personale è stato formato alla gestione dei flussi informativi della nuova sezione di amministrazione trasparente ed è stato garantito il trasferimento delle informazioni già pubblicate al nuovo sito.

L'Istituto ha adottato un sistema decentrato e diffuso di pubblicazione e aggiornamento dei dati in "Amministrazione Trasparente", in relazione alle funzioni delle singole strutture. In merito si è provveduto a recepire la nuova "Mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione" allegata alle Prime Linee Guida del 28.12.2016 che sostituisce quella allegata alla delibera CIVIT n.50/2013 – contenente le integrazioni ed i nuovi adempimenti conseguenti all'entrata in vigore del D.Lgs. 97/2016.

Conformemente a quanto previsto da ANAC, continuano a rimanere pubblicati i dati non più oggetto di pubblicazione fino alla scadenza naturale dell'obbligo.

Relativamente alla tabella contenente l'"Elenco degli obblighi di pubblicazione", per ogni singolo adempimento sono indicati:

- la struttura competente alla elaborazione, produzione e pubblicazione dei dati.
- la tempistica di pubblicazione e aggiornamento dei dati
- le modalità di effettuazione del monitoraggio sull'attuazione degli obblighi
- i dati non pertinenti rispetto alle caratteristiche organizzative o funzionali dell'Ente

Eventuali modifiche potranno essere predisposte nel corso dell'anno a seguito di rilevanti variazioni organizzative o funzionali, anche in relazione a specifiche attività svolte, a dati o informazioni determinati.

3. Collegamento con il Piano della performance

Gli obiettivi indicati nel programma triennale sono formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa definita nel piano della performance costituito dai documenti "programma annuale" e "schede di budget".

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un'area strategica di ogni amministrazione che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali.

Il presente programma intende far fronte alla necessità di una maggiore integrazione tra performance e trasparenza per quanto riguarda sia la pubblicazione delle informazioni prodotte dal ciclo di gestione della performance (programmazione aziendale e percorso di budget) che la esplicita previsione nelle schede di budget di specifici obiettivi in tema di trasparenza.

Le schede di budget per l'anno 2017 prevederanno, in continuità con quanto già previsto negli anni precedenti, un'apposita sezione dedicata agli obiettivi a carico dei responsabili dei vari uffici finalizzati agli adempimenti previsti con il presente programma, correlando gli stessi alla retribuzione di risultato.

Assumono, pertanto, rilievo, quali obiettivi per la struttura ed i relativi dirigenti interessati, quelli riportati nella tabella che segue:

OBIETTIVI 2017-2019	2017	2018	2019
Aggiornamento mappatura degli obblighi di pubblicità e delle strutture responsabili dell'aggiornamento dei	Adozione griglia che puntualizzi i contenuti in cui si sostanziano gli obblighi di pubblicazione, con	Sviluppo e aggiornamento griglia	Sviluppo e aggiornamento griglia

dati in relazione al d.lgs.97/2016	indicazione della tempistica e individuazione della struttura competente/responsabile della produzione e pubblicazione		
Monitoraggio interno/esterno e finalizzato a verificare il rispetto degli obblighi in materia di trasparenza	Effettuazione controlli periodici (entro 31/5, 30/9) al fine di accertare l'adempimento degli obblighi con riferimento al trimestre precedente e successiva validazione OIV - pubblicazione degli esiti nell'apposita sezione del sito	Messa a regime del monitoraggio con eventuali correttivi	Messa a regime del monitoraggio con eventuali correttivi
Incontro formativo rivolto al personale dell'Ente per apprendimento delle modalità di pubblicazione dei dati e delle informazioni all'interno delle varie sottosezioni di Amministrazione Trasparente	Realizzazione di un incontro formativo con il gestore del sito	Verifica fabbisogni formativi	Verifica fabbisogni formativi
Formazione in tema di trasparenza	Partecipazione ad almeno un corso da parte del personale individuato	Partecipazione ad almeno un corso da parte del personale individuato	Partecipazione ad almeno un corso da parte del personale individuato
Rendicontazione sullo stato di attuazione del programma triennale della trasparenza	Produzione di una relazione concernente l'anno 2017 e pubblicazione entro il 31.1.2018 sul sito aziendale previa validazione OIV	Produzione di una relazione concernente l'anno 2018 e pubblicazione entro il 31.1.2019 sul sito aziendale	Produzione di una relazione concernente l'anno 2019 e pubblicazione entro il 31.1.2020 sul sito aziendale

4. Indicazione degli uffici e dei dirigenti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del programma

Il processo di formazione e di attuazione del programma si articola in una serie di fasi fra loro strettamente collegate (individuazione dei contenuti, redazione, adozione, attuazione e monitoraggio del programma), in ognuna delle quali possono essere identificati i soggetti che vi partecipano, i loro ruoli e le loro attività.

Al processo di formazione e adozione del programma concorrono sia soggetti interni che

soggetti esterni:

- la direzione strategica che avvia il processo e indirizza le attività volte all'elaborazione e all'aggiornamento del programma;
- il RPCT, che ha il compito di controllare il procedimento di elaborazione e di aggiornamento del programma: a tal fine promuove e cura il coinvolgimento delle strutture interne dell'amministrazione, cui compete la responsabilità dell'individuazione dei contenuti del programma
- i dirigenti responsabili degli uffici amministrativi, della direzione scientifica, del centro attività formative e dell'U.R.P. che hanno la responsabilità dell'individuazione dei contenuti e dell'attuazione del programma per la parte di loro competenza. Collaborano, inoltre, alla realizzazione delle iniziative finalizzate a garantire un adeguato livello di trasparenza e a promuovere la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità
- gli stakeholder che in ragione della mission dell'Istituto vengono individuati nelle associazioni di volontariato attive in Istituto
- l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIVP) che ha il compito di verificare l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza ed integrità.

5. Le modalità di coinvolgimento degli stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento

In generale l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) è l'unità organizzativa che si occupa della gestione dei rapporti con i cittadini sia per fornire informazioni e indicazioni su come accedere facilmente ai servizi e su come fruire al meglio delle prestazioni sanitarie sia per ricevere segnalazioni da parte degli utenti su eventuali disservizi.

A questa modalità generale di coinvolgimento degli stakeholder se ne aggiungono però altre più specificamente dirette ad una migliore individuazione e gestione delle esigenze di trasparenza, sia nella fase di predisposizione del programma che in quella della sua attuazione.

Per quanto riguarda la fase di definizione, l'azienda ha pubblicato sul proprio sito istituzionale un avviso per la consultazione per l'adozione del piano triennale per la prevenzione della corruzione e del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2017-2019 al fine di acquisire, per l'aggiornamento del programma stesso, le eventuali osservazioni ritenute utili per rendere più efficienti e partecipare le attività di trasparenza all'interno dell'Istituto.

Altri due canali di comunicazione a disposizione dell'utente sono rappresentati:

- questionario on-line sul gradimento della sezione amministrazione trasparente;
- casella di posta elettronica trasparenza@cro.it dedicata a raccogliere i suggerimenti, i feedback relativi alla qualità delle informazioni pubblicate.

6. I termini e le modalità di adozione del programma da parte degli organi di vertice

Il presente programma, valido per il triennio 2017-2019, è adottato in ottemperanza alla normativa vigente e alle linee di indirizzo elaborate dall'A.N.AC. presenti nei seguenti documenti:

- Determinazione n. 12 del 28/10/2015: Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione.
- Delibera ANAC n. 831 del 03.08.2016: Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016.

- Determinazione ANAC n. 1309 del 28.12.2016: Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 comma 2 D. Lgs. 33/2013.
- Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016 Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016.

7. Iniziative di comunicazione della trasparenza

In considerazione delle indicazioni elaborate dalla A.N.A.C. vengono previste iniziative di comunicazione per la diffusione dei contenuti del programma e dei dati pubblicati.

8. Le iniziative di comunicazione per la diffusione dei contenuti del programma e dei dati pubblicati

L'art.15, comma 5, del D.P.R. 62/2013 stabilisce che al personale delle pubbliche amministrazioni sono rivolte attività formative in materia di trasparenza e integrità, che consentano ai dipendenti di conseguire una piena conoscenza dei contenuti del codice di comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti.

Durante gli anni precedenti sono state organizzate diverse sessioni di incontri formativi obbligatori in materia di trasparenza, anticorruzione e codice di comportamento e tali attività proseguiranno anche nel triennio 2017-2019.

9. Processo di attuazione del programma

9.1 Individuazione dei dirigenti responsabili della produzione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati

Elemento centrale della trasparenza è rappresentato dalla pubblicazione nel sito istituzionale dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Istituto, cui corrisponde il diritto di chiunque di accedere al sito direttamente ed immediatamente, senza autenticazione ed identificazione (ex art. 2 del D. Lgs. 33/2013 e s.m.i.).

La normativa individua quattro tipologie di obblighi:

1. Obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni
2. Obblighi di pubblicazione concernenti l'uso delle risorse pubbliche
3. Obblighi di pubblicazione concernenti le prestazioni offerte e i servizi erogati
4. Obblighi di pubblicazione in settori speciali.

In considerazione dell'interdisciplinarietà degli adempimenti viene definita una "rete per la trasparenza" che attualmente è formata dalle seguenti figure professionali:

Struttura Operativa/Ufficio/Direzione	Componenti
SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie - Ufficio bilancio	Dott.ssa Cattaruzza Raffaella
SOSD Controllo di gestione -	Dott.ssa Andreetta Cristina
SOC Legale Affari generali e Gestione Risorse Umane - Ufficio Affari Generali e legali	Avv. Alessandro Faldon - RPCT(monitoraggio da validarsi da parte di OIVP)
SOC - Legale Affari generali e Gestione Risorse Umane SOSI Gestione del Personale	Dott. Massimo Zanelli Dott.ssa Claudia Moscarda

SOC Tecnologie Cliniche, Tecnico Strutturali e Informatiche	Ing. Dimitri Troncon
SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica	Dott. Palmerino Rescigno
Direzione Scientifica	Dott. Paolo De Paoli
Direzione Scientifica - Centro Attività Formative	Dott.ssa Suter Nicoletta
Direzione Generale – Ufficio Relazioni con il Pubblico	Sig.ra Paola Pistello – Massimo Boni

Nell'allegato 10 è riportata, per ogni obbligo di pubblicazione, la struttura responsabile della produzione e pubblicazione dei dati/informazioni.

9.2 Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi

La regolarità e la tempestività dei flussi informativi ai fini della loro pubblicazione è garantita dai responsabili della pubblicazione individuati al paragrafo 9.1. I singoli dirigenti individuati assumono, per la parte di propria competenza, il ruolo di referenti aziendali per la trasparenza ed in quanto tali sono responsabili della produzione, della qualità e dell'aggiornamento dell'informazioni/dati ai fini del rispetto degli adempimenti stabiliti dalla normativa vigente. Ogni dirigente, per la parte di propria competenza, provvede direttamente alla produzione, alla pubblicazione, all'aggiornamento e informa tempestivamente via mail il RPCT dell'avvenuta pubblicazione allegando il file pubblicato. Lo stesso può comunque avvalersi della collaborazione di altre figure professionali assegnate alla propria struttura/ufficio/direzione, comunicandone i nominativi al RPCT.

Modalità di pubblicazione dei dati

L'art. 6 del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. stabilisce che “le pubbliche amministrazioni garantiscono la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità secondo quanto previsto dall'art. 7”.

Nella prospettiva di raggiungere un appropriato livello di trasparenza e consentire la reale fruibilità dei dati, informazioni e documenti, la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" deve avvenire nel rispetto dei criteri generali di seguito evidenziati:

- completezza e accuratezza:** i dati devono corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso di dati tratti da documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni
- comprensibili:** il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente
- aggiornati:** per ogni dato devono essere indicati la data di pubblicazione e di aggiornamento e il periodo di tempo a cui si riferisce.

Il Decreto Legislativo 33 ha individuato quattro diverse frequenze di aggiornamento:

- **cadenza annuale:** per i dati che, per loro natura, non subiscono modifiche frequenti o la cui durata è tipicamente annuale.

- **cadenza semestrale:** per i dati che sono suscettibili di modifiche frequenti ma per i quali la norma non richiede espressamente modalità di aggiornamento eccessivamente onerose in quanto la pubblicazione implica per l'amministrazione un notevole impegno, a livello organizzativo e di risorse dedicate.
- **cadenza trimestrale** per i dati soggetti a frequenti cambiamenti.
- **aggiornamento " tempestivo"** per i dati che è indispensabile siano pubblicati nell'immediatezza della loro adozione.

Per le tempistiche di aggiornamento per ciascuno degli obblighi di pubblicazione si rinvia all'Allegato 10

La pubblicazione on line dei dati sarà effettuata nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali e in coerenza con quanto riportato nel documento "Linee guida siti web" e nelle linee guida dell'A.N.AC..

Durata della pubblicazione

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi della normativa vigente, andranno pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione e, comunque, fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti. Tuttavia, sono fatti salvi i diversi termini previsti dall'art. 14, c. 2, e dall'art. 15, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013 in relazione ai dati concernenti i titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo o di incarichi dirigenziali e di collaborazione o consulenza, da pubblicare entro tre mesi dalla nomina o dal conferimento e per i tre anni successivi dalla cessazione dell'incarico.

Di seguito si riporta il piano delle attività previste per il triennio:

Piano delle attività anno 2017:

- aggiornamento del programma entro 31 gennaio
- aggiornamento continuo della sezione di amministrazione trasparente e delle relative sotto-sezioni, avendo cura di raccogliere i dati/informazioni con criteri di omogeneità consentendone così l'immediata individuazione e consultazione (Allegato 10)
- pubblicazione di documenti, informazioni ritenuti di interesse per stakeholder e cittadini, oltre gli obblighi di legge, ampliando la sotto-sezione altri contenuti
- proseguimento delle iniziative formative sul tema anticorruzione, trasparenza ed etica nella pubblica amministrazione
- monitoraggio dell'utilizzo del questionario di soddisfazione sulla sezione "amministrazione trasparente"
- monitoraggio del numero di accessi di "Amministrazione Trasparente" tramite software Insiel.
- monitoraggio semestrale sull'attuazione del programma.

Piano delle attività anno 2018-2019:

- aggiornamento del programma entro 31.01 di ogni anno
- prosecuzione nell'aggiornamento dei dati secondo la tempistica stabilita dalla normativa
- pubblicazione di eventuali ulteriori dati/informazioni richiesti dagli stakeholder

9.3 Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

Il monitoraggio e l'audit sull'attuazione del programma sono svolti da soggetti interni all'amministrazione e dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIVP).

§ Secondo quanto previsto dall'art. 43 del D.Lgs. n. 33/2013, all'interno di ogni amministrazione il RPCT svolge di norma le funzioni di Responsabile per la trasparenza. Il responsabile svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

§ I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

§ I dirigenti responsabili dell'amministrazione e il RPCT controllano e assicurano la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i..

§ In relazione alla loro gravità, il responsabile segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il responsabile segnala altresì gli inadempimenti al vertice politico dell'amministrazione, all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

§ L'organismo indipendente di valutazione verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori. I soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, nonché l'OIV, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati.

9.4 Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "amministrazione trasparente"

L'azienda, al fine di valutare l'effettiva fruizione dei dati da parte del cittadino, intende adottare strumenti di rilevazione quantitativa sugli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente" mediante la rilevazione semestrale delle pagine web consultate dai cittadini. Questa analisi sarà importante perché consentirà di individuare le aree da migliorare in tutti gli aspetti legati alla trasparenza.

9.5 Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico

L'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle

pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del decreto n. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis.

L'esercizio del diritto di accesso non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione. L'istanza può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste dal *decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82*, e successive modificazioni, ed è presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- a) all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- b) all'Ufficio relazioni con il pubblico;
- c) ad altro ufficio indicato dall'amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale;
- d) al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ove l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del decreto n.33/2013.

Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

10. Dati ulteriori

Ai sensi dell'art.4, c. 3, del D.Lgs. n.33/2013 e nel rispetto delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali, l'Istituto potrà prevedere la pubblicazione di ulteriori dati che siano utili a garantire un elevato livello di trasparenza sempre nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA

CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160

DATA FIRMA: 29/01/2018 13:23:49

IMPRONTA: 2CD52889BF4D25767157293125D857B42013EA0D1C84A7868AACDE29321CEACD
2013EA0D1C84A7868AACDE29321CEACDCE1F5BE5007183567334305BB6B13E0B
CE1F5BE5007183567334305BB6B13E0B19E92F2F9D518F97548781BBA7940470
19E92F2F9D518F97548781BBA7940470FFE3F7B82165C4A4E7E8C3A7B870CE2B

NOME: FALDON ALESSANDRO

CODICE FISCALE: FLDLSN63E04C957S

DATA FIRMA: 29/01/2018 14:37:42

IMPRONTA: 3960F9E3A0143FC016EB90F3F1E934590154EB2C9A448467E1A50E2F4ECA7D1B
0154EB2C9A448467E1A50E2F4ECA7D1B2258BE8ED3ED1CB94EA67BA4E35BCF8C
2258BE8ED3ED1CB94EA67BA4E35BCF8CE140C4A82675092DC5784195965BAF66
E140C4A82675092DC5784195965BAF669D668C3818B1261E86CF5C2AB5ECE54B

NOME: RENZO ALESSI

CODICE FISCALE: LSSRNZ55C20G2240

DATA FIRMA: 30/01/2018 14:13:17

IMPRONTA: 2344CC7AD16F1177AE9B241A1F59D846D98D5353CE8B105146EEDAC6306A4E95
D98D5353CE8B105146EEDAC6306A4E95ACD9A9944A3BEA0FF2C41F6333961C9B
ACD9A9944A3BEA0FF2C41F6333961C9B3C624F421B5F60345425DF05AC91B7A8
3C624F421B5F60345425DF05AC91B7A886391D92D5E014DC8D2290201FF6E359

NOME: VALENTINA SOLFRINI

CODICE FISCALE: SLFVNT64A53F257E

DATA FIRMA: 30/01/2018 14:19:42

IMPRONTA: AF3FFEE240BBF7975643D024C747BE1FEBE2BDA8EEF4448FB42B2BB1D8C3739
FEFE2BDA8EEF4448FB42B2BB1D8C37395E7B02F2C95BEFA3583D3DB0EFAD5AAA
5E7B02F2C95BEFA3583D3DB0EFAD5AAA03B36C10E1114671DB1A23FE3A0DF956
03B36C10E1114671DB1A23FE3A0DF9563C7291D48B3B488EB0CFD379B5CBB8E6

NOME: PAOLO DE PAOLI

CODICE FISCALE: DPLPLA55S18L483A

DATA FIRMA: 30/01/2018 14:28:17

IMPRONTA: 2C128193BB7518D9CBFC8BE7874496C9F8899B62229B85A1DA68E44C0BB474C9
F8899B62229B85A1DA68E44C0BB474C94C72C072E02D94CD5C249F28A9139943
4C72C072E02D94CD5C249F28A9139943360FC5F70EB6E85BE66E629A0C732178
360FC5F70EB6E85BE66E629A0C7321784752729E1C462EC52E7A378CBCF8DB56

NOME: MARIO TUBERTINI

CODICE FISCALE: TBRMRA55P23C265V

DATA FIRMA: 30/01/2018 14:40:16

IMPRONTA: 96162F624A47E1F1CD303E22FC7D16C2E8AF1EB95D24E7526EAC705034CE6D47
E8AF1EB95D24E7526EAC705034CE6D4744485B6042C533773C65A0D1D8E1DE6E
44485B6042C533773C65A0D1D8E1DE6EDF3E52304E4ACC404F6830A8E2E7C2D5
DF3E52304E4ACC404F6830A8E2E7C2D5BF3EE741707198A8CF106B540F97EB22